

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19894804

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8326

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DRIOUECH

LOTFI

Date de naissance :

19/06/65

Adresse :

47 RUE IMAM

MOUSLIM OASIS

Tél. :

0661336306

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02 NOV 2022

Nom et prénom du malade :

DRIOUECH SELMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

AL ET NOUVE

Alzheimer
impair

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casa

Le :



02 NOV 2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Creficent	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
15/07/2022	C2		30000	INP : 09/10/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

 Reçu du Patient Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE des Oudayas 9 Rue des Oudayas Casablanca Tél: 0522 99 64 10	02.11.22	176,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX


[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>									
						MONTANTS DES SOINS	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>								
						DEBUT D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>								
					FIN D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>									

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف بلحمر
طب العيون

Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux
CATARACTE : Chirurgie par PHACOMULSIFICATION
MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER
LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2é Etage
Casablanca - Tél : 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفاكو، الأشعة فوق الصوتية،
جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك،
طب الحول، عدسة الاتصال، الليزر، راديو الشبكة

136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدي معروف - أولاد حدو - الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 0661.32.90.66 / 0700.756.754 / 0522.58.30.73
البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

Casablanca, le : 02 NOV. 2022

PHARMACIE ABONDABI
9, Rue des Bouvreuils Oasis
Casablanca
Tél: 0522 99 64 10

DRIOUICH SELUA

65,00 Nigamox

(S.V)

22,60 flucan

(S.V)

52,00 I DEW DS

(S.V)

176,80 fucit halimic
Sepan 2 cp x 2

(S.V)

(S.V)



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
 A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
 Laboratoires Sothema
 PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
 406865

Fabriqué par
 ALCON CUSI, S.A.
 Soc. par Actions - Espagne - 0800918



6 118001 072323
Vigamox® 5 mg/ml
 Collyre en solution, Flacon de 5 ml
 Distribué par les laboratoires
 SOTHEMA BOUSKOURA
 AMM N° 562/18 DMP/21/NTD
 PPV : 65,00 DHS © 2016 Novartis 449781 MA

Non remboursable AMO

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Assalane-Rue Amyot Livillo
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC
 Fuchtholmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g
 AMM N° 184
 DMP/21/NRQ
 PPV : 37 DH 20



6 118001 200818
 À conserver à température ambiante
 à l'abri de la lumière et de l'humidité
 Après ouverture, jeter toute la solution inutilisée après
 28 jours.

STERILE

PPC 52,00 DH

EC REP

Kunex Indopharm B.V.
 Lange Voorhout 37,
 2514 EC Den Haag, Netherlands.

Entod Research Cell UK Ltd
 15 Tottenham Lane, London N8 9DU UK
 Email: scientificcell@entodpharm.com
 Website: ophthalmicsuk.com



See Package insert
 for more information.

GB FR AR

CE
 0068