

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

- 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-772306

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 2714

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TRACHTLI Mohamed

Date de naissance : 28/08/19

Adresse : 10 Lot R10 AL ANDALOUS Res AYMERIA

CALIFORNIE CASABLANCA

Tél. : 06 46 41 68

Total des frais engagés :

663,40

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Dr. RAKKAA Amal Oculiste 405 Bd. Al Qods N° 7 Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 00	
Date de consultation : 10/11/2019	Age : 55
Nom et prénom du malade : MEGZABI HANANE	
Lieu de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : ACCUEIL	
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/11/2019

Dr. RAKKAA Amal

Oculiste

405 Bd. Al Qods N° 7

Tél: 05 22 52 66 77

06 73 98 15 00

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Date	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/11	CS		300,00	INP : 09.10.15953
20/11				DR RAKKAA Anna Chirurgien-dentiste N° AL 00001 06 73 98 15 03

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE JAHIA CALIFORNIE Dr. FALAH Youssef 0 Picta Taddart des Lins manan Générale Ain Chra 05 22 87 11 HARID 00151257 00151257 10 Picta Taddart des Lins manan Générale Ain Chra	19/11/2022 365750	363.40

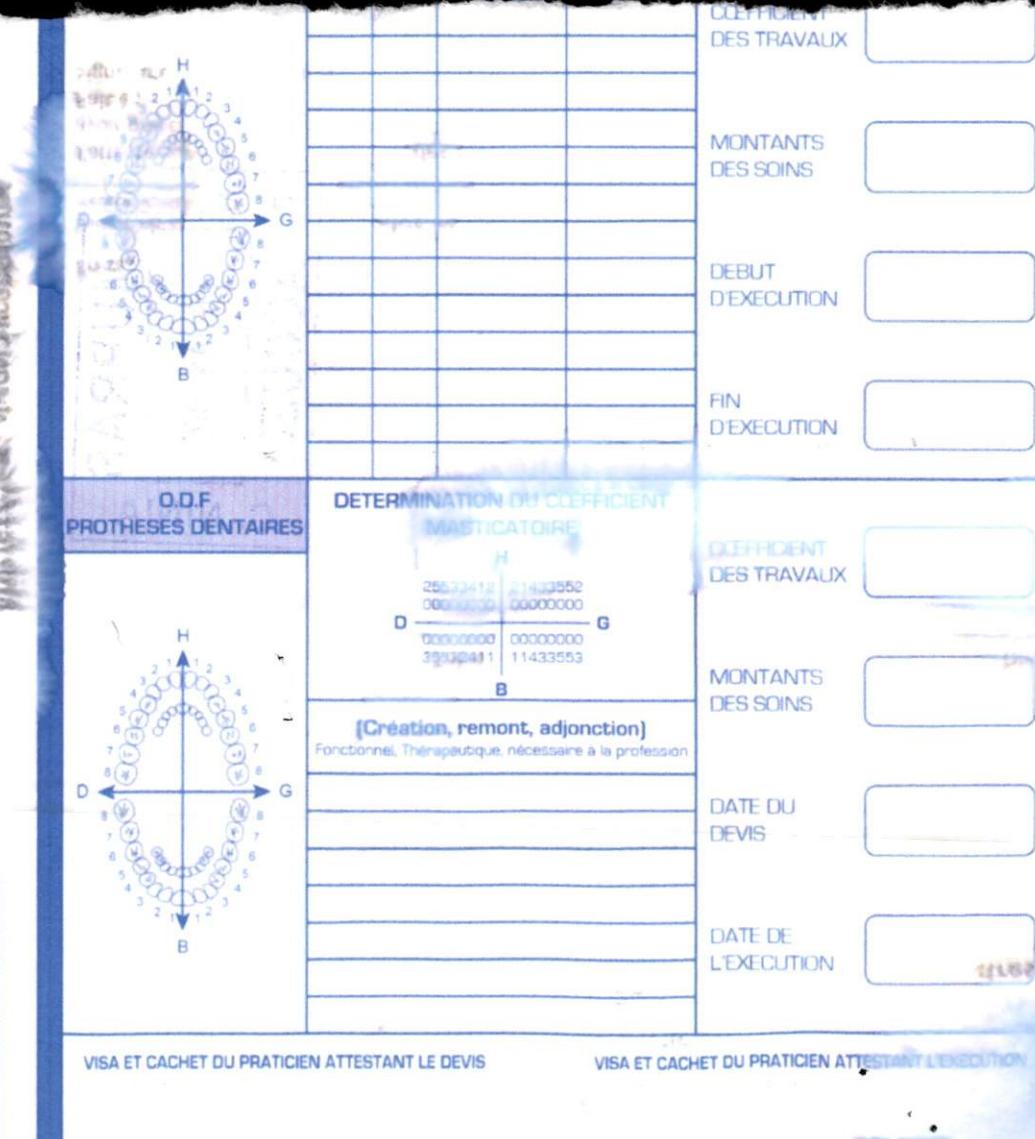
#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. J. L. BOURGEOIS Radiologue	20/01/2010		

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. G. B. L'Ecuyer	1998-01-01					
	1998-01-01					
	1998-01-01					
	1998-01-01					
	1998-01-01					

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.





- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الملاحة) بالأمواج  
فوق الصوتية

خطيط الشبكية الوعائي  
الليزر - المول

تقسيم الرؤية بالليزر - العدسات اللاستق

19 novembre 2022

Casablanca, Le .....

Mme MEGZARI Ha

211004

PPC 159,00 DH

2024/04

1/ BLEFARETTE

1 soin / jour pour soins de paupières, dans l'œil gauche,

2/ FRAKIDEX COLLYRE

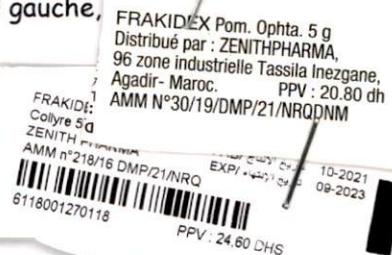
1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, p

3/ FRAKIDEX POMMADE

1 app le soir, dans l'œil gauche, pendant 05 jours

4/ XILOIAL ZERO COLLYRE

1 goutte x 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3



363.40.

PHARMACIE JERICHO CALIFORNIA  
Dr. FALAH Youssef  
10 Picte Taddart Rés Linr  
Jnane Casablanca Al Cha  
Tél: 05 22 67 11 10 -  
ICE: 0015126/300004  
403 Bd. Al Qods N° 7  
Casablanca  
Tél: 06 73 98 15 03 / 0 5 22 52 66 77 - 06 73 95 15 03