

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.

10 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
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° W21-772306

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : RAM (145424)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TRACHLI Mohamed
 Date de naissance : 24/06/17
 Adresse : 10 LOT N°10 AL ANASSOUR RES AUERJA
 CALIFORNIE CASABLANCA
 Tél : 0661 464158 Total des frais engagés : 663,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 19/11/2022
 Nom et prénom du malade : MEGZABI HANANE Age : 55
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION oculaire
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En cas de maladie ayant 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 : 19/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDS N° : A-715/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/11/2022	CS		300,00	INF: 091015453
2022				

Dr. RAKKAA Amel
Ophtalmologue
423 Bd. Al Coudat
91120 Evry-Courcouronnes
Tél: 01 69 38 15 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JNAIE CALIFORNIE Dr. FALAH Youssef 10 Picta Taddart Rés Lina Al: 05 22 87 11 11 00151267 1000000000	19/11/2022	363,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

				COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25532412</td> <td>11433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>33333333</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			D	25532412	11433552		00000000	00000000	G	00000000	00000000		33333333	11433553	B			
	H																						
	D	25532412	11433552																				
		00000000	00000000																				
G	00000000	00000000																					
	33333333	11433553																					
B																							
		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS																			
				DATE DU DEVIS																			
				DATE DE L'EXECUTION																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amal RAKKAA
Ophtalmologiste



الدكتورة أمال راكم
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- 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 (الجلتة) بالأمواج
فوق الصوتية
خضبط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول
تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

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, pendant 05 jours

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

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

FRAKIDEX
Collyre 5g

ZENITH PHARMACEUTICALS

AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

6118001270118

EXP: 10-2021

09-2023

PPV : 24,60 DHS

LOT

0030322

2024/03

159,00

PPC DHS

159,00

363.40

PHARMACIE JIMIE CALIFORNIA
Dr. FALAH Youssef
10 Picta Teddort Rés Linr
Jnana Casablanca Ain Ch
Tél: 05 22 27 44 12 - 05
ICE: 0015120730006

Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd. Al Qods N°7
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 94 25 43