

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 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

- Réclamation : 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

M22- N° 001050

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1675

Société : R.A.17.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOULD MED.

Date de naissance : 1949

Adresse : N° 29 RUE 1 HAY EL WARD - OULFA

Tél. : 0623329695

Total des frais engagés : 1128,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 / 03 / 2023

Nom et prénom du malade : KHOULD NOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

24 / 03 / 2023

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03/23	888,60

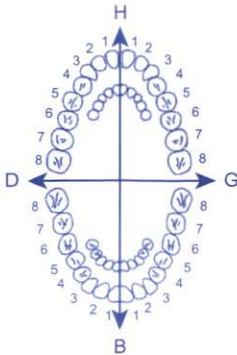
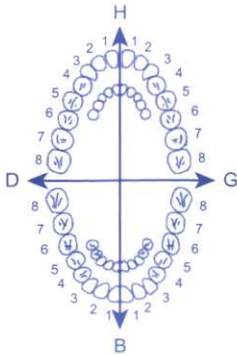
[illegible][illegible]

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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويسي . ن

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté des Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aero spatiale

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca, le :

24-3-2023

KHOULOU

89,50
x4

- Telocm n°4 (S)

180 = 21R

199,10
x2

Duokan n°2 (S)

180 = 21R

28,80
x3

- Arteloc n°3X 6m (S)

Total


828,6

PHARMACIE AL-ABDO
55, AV Oued Sedou - El Oujda
Casablanca
Tél/fax : 05 22 99 00 15
05 22 99 00 15
05 22 99 00 15

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH



6 118001 071340

DUOTRAY® 40 µg/mL + 5 mg/mL

Collyre en solution, 25 ml

Sothema Bouskoura

PPV : 192,10 DH

AMM N° 351716 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO

407393 MA



6 118001 071340

DUOTRAY® 40 µg/mL + 5 mg/mL

Collyre en solution, 25 ml

Sothema Bouskoura

PPV : 192,10 DH

AMM N° 351716 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO

407393 MA



6 118001 170340

P.P.V. : 89DH50

XALACOM COLLYRE 2.5ML

Laboratoires pfizer S.A.



6 118001 170340

P.P.V. : 89DH50

XALACOM COLLYRE 2.5ML

Laboratoires pfizer S.A.



6 118001 170340

P.P.V. : 89DH50

XALACOM COLLYRE 2.5ML

Laboratoires pfizer S.A.



6 118001 170340

P.P.V. : 89DH50

XALACOM COLLYRE 2.5ML

Laboratoires pfizer S.A.

Fahrman