

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- N° 002118

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2727 Société : 159402
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RHADBANE Messadud
Date de naissance : 1953
Adresse : 22 Rue Ibnou Katir CASABLANCA
Tél. : 0661 961369 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR NACER TAZI
OPHTALMOLOGISTE
96 Bd Oufia N° 31
Casablanca

Date de consultation : 21/02/2023
Nom et prénom du malade : RHADBANE Messadud Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension Elephant
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 : CASABLANCA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/02/22	G		300.00 DH	

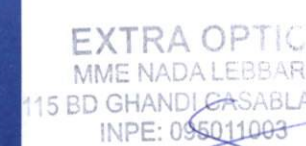
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-2-23	2640

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	
	28/04/23	2v		PROG		3400.00 DH
		+ 1 Montre				

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 et les 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 CØEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CØEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>(Création, remont, adjonction) 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



Casablanca, le mardi 21 février 2023

Monsieur RHADBANE Messaoud

Dans les 2 yeux :

- 2640
- 1- **TOBREX COLLYRE**
1 GOUTTE, 6 fois/j, une semaine sur deux pendant 1 mois.
 - 2- **NAVIBLEF INTENSIVE CARE**
1 APPLICATION le matin pendant 15 jours.
Dans les 2 yeux
 - 3- **Massage aux compresses chaudes**
4 fois par jour pendant 15 jours.
Dans les 2 yeux

Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghir
Madinat Extension Casa - Tél 0522 23 17 06

DR NACER TAZI
OPHTALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa N°31
Casablanca

26,40



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans
l'avis d'un professionnel
de santé

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول أ (لائحة أ) - بصرف بموجب وصفة طبية



TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Flacon de 5 ml

توبريكس® 0,3 %
قطرات للعين على شكل محلول
توبراميسين
قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NCI



Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

Casablanca, le mardi 21 février 2023

Monsieur Messaoud RHADBANE

Verres et monture :

Progressifs


Œil droit : (88° -0.75) +2.50, Addition +2.50

Œil gauche : (113° -1.00) +2.75, Addition +2.50

EXTRA OPTIC
MME NADA LEBBAR
115 BD GHANDI CASABLANCA
INPE: 095011003

Dr NACER TAZI
OPHTALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa N° 31
Casablanca

Facture

	Facture N° :	SOCIETE EXTRA OPTIC 115, Bd Ghandi Tel: 0522 233348 / 0680797471
	353	
	Date :	
	2023-04-28	
	Client :	
	RHADBANE	
	MESSAOUD	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+2.50	-0.75	88	+2.50
VLVPG	+2.75	-1.00	113	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ESSILOR PROGRESSIF CONFORT ALIZE 1.5	1	1400.00	1400.00
2	ESSILOR PROGRESSIF CONFORT ALIZE 1.5	1	1400.00	1400.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	600.00	600.00

TVA	20%	Total TVA	566.67
Total HT	2833.33	Net à payer	3400.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

trois mille quatre cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE EXTRA OPTIC – 115, Bd Ghandi – 0522 233348 / 0680797471 – extraoptic@pubwebo.com
 IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC
 MME NADA LEBBAR
 115 BD GHANDI CASABLANCA
 INPE: 095011003