

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, parodontologie 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

N° W21-718454

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9622

Matricule : 9622 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SATTI Abderrahman

Date de naissance : 1959

Adresse : AV 09 AVRIL RUE SANABIL ZKTOU
NROS TETOUAN

Tél. : 0688563133 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : DR. ZAKARIAE JEBBAR
Chirurgien Ophtalmoplogiste
Av Mohamed Daoud Imm N
Etage 2 App N°4 Tétouan
06 59 11 56 50 / 08 08 57 52 97

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amiropie

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 : TETOUAN Le : 3 / 5 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-718454

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9622

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/03/13	CS		3000	INP : 16 07 53 55 64 DR. ZAKARIAE Chirurgien Ophtalmoplog Av Mohamed Daoud Etage 2 Appr 104 Tetou 109 08 57

DR. ZAKARIAE JEBBAR
 Chirurgien Ophtalmoplogiste
 Av Mohamed Gaoud 1mnN
 Etage 2 Appt N°4 Tetouan
 66 59 11 56 50/08 08 57 52 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/3/23	130.80

[illegible][illegible]

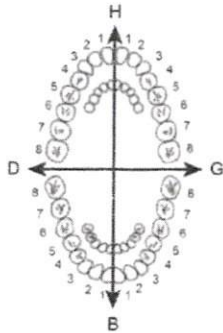
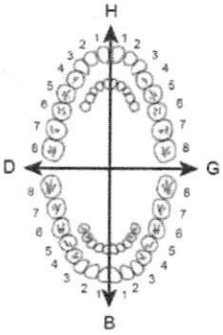
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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

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

Important :

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

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZAKARIAE JEBBAR



د. زكرياء الجبار

Chirurgien Ophtalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Ophtalmologiste au CHU Ibn Sina. Souissi - Rabat

Ex. Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Chirurgie de Cataracte par Phaco

Chirurgie des Paupières et des voies lacrymales

Angiographie - OCT - Lasers

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

إختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

طبيب سابق بمستشفيات باريس

جراحة الجلالة بالليزر

جراحة الجفون و المسالك الدمعية

تصوير الشبكية - أشعة الليزر

تطوان، في: 07 mars 2023

Mme BAKKALI Naima

54.10x2
1/ LARMABAK COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

22.60
2/ FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

130.80
Pharmacie AL MATAR
LAMARTI Iman
Av. Mehdi Ben Baraka, 32 Al Farah
Tél : 05 39 99 32 29 - Tétouan

📍 شارع محمد داوود ، عمارة رقم 4 ، الطابق الثاني ، شقة رقم 4 (أمام مقهى نولا
بجوار صيدلية سيدي المنظري) - تطوان

📍 Av, Mohamed Daoud, Imm N°4, 2^{ème} étage, Appt N°4 (en face Café Nola
à côté de Pharmacie sidi Mandri) - Tétouan

📞 06 59 11 56 50 📠 08 08 57 52 97

PHARMACIENS ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUELLY-MAISON CEDEX

Site de première ouverture
فتح الطارئة لأول مرة

20110
كلير قاري
41 ريفعة محمد بنوري
الدار البيضاء المغرب
الصيداني الدكتور : أمينة الداوي

منع من طرب:

الرجاء:
الطبيب:

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

Remboursable AMO
406865



6 118001 070244

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Dlouit,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

6 118001 100651

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Dlouit, Casablanca
Pharmacien Responsable :
Mme Amina DAOUDI

من طرب:
قاريا
زيفعة محمد بنوري
البيضاء المغرب
الصيداني : أمينة الداوي
20110

Date de première ouverture /
تاريخ فتح الطارئة لأول مرة

Posologie :
الطبيب:

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651