

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

N° W21-803781

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11226 Société : Ram
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Yassin KAMR
 Date de naissance : 21/07/1971
 Adresse :
 Tél. : 0668914028 Total des frais engagés : 300 + 182,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/07/2019
 Nom et prénom du malade : ZAHRA F. ZAHRA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : 27/07/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
21/5/2023	CF		300 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/05/23	182.10

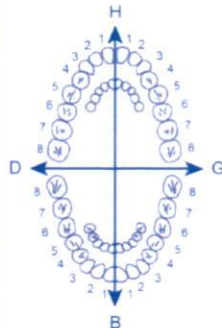
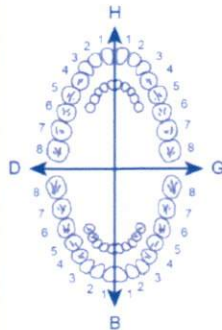
[illegible][illegible]

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 canalaires, 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"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Creation, 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

الدكتور عاطوف عبد الفتاح

اختصاصی فی امراض

وجراحة العيون

✱ طبيب أمراض وجراحة العيون سابقاً بمستشفى 20 غشت

* رئيس القطب الطبي ورئيس قسم امراض وجراحة العيون

سابقا بمسٹشفى سیدی عثمان

مركز أمراض و جراحة العيون

Centre de chirurgie et des maladies des yeux

* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

Casablanca le : 2012/06/09 : الدار البيضاء في :

Nom :

Handwritten notes and stamps:

- 35,70
- Tobacco
- I go to
- 54,40
- Tobacco
- 92,00
- only 325
- 182,70

Stamps:

- SV (three instances)
- Pharmacie HAYAT AIDA CASABLANCA
Rue 10 N 28
RDC Imm. 1
GH 41 Complexe
Res. El Benda II
Sidi Chennane
CASABLANCA
- Dr. ATTOUF A. Chirur-gie
Spécialiste de la VUE
Spécialités des Yeux
27, Bd Mohammed VI - Casablanca
Tél : 663.55.58 - 663.55.59

276، شارع رضی اكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة قرب السنيها المدنية فوق الشركة العامة المغربية للأبنك - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس : 05 22 57 58 59 / النقال (المستعجلات) : 06 61 18 94 79

276 , Bd Reda GUDIRA (Ex Nil) cité djamaâ à côté cinéma **AL MADANIA** Casablanca

Tél / Fax: 05 22 57 58 59 / GSM : 06 61 18 94 79 (Pour les Urgences)

OXYMAG[®] 375 mg
Magnésium m... bisphosphate 4 malate, V18 B2, B1

Lot / Batch n° :

23075 02/26
92, 00

Exp. date :

PPC (DH) :

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

TOBRADEX[®]

POMMADE OPHTALMIQUE
0,3/0,1%

Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/ NRQ

6 118001 070602
690206 MA

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex[®] 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 524/18 DMP/21/ NRQ
Boîte de 1 flacon.
ppv: 35,70 DH

406836 MA



مؤسسة النقد

DUPLICATA

ACHAT)))

31/05/23

19:14:49

9900918906

99189001

PHARMACIE HAY AL BAIDAA

Casablanca

A0000000031010

*****5067

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

MONTANT :

182,10 MAD

Num Transaction

: 003

Num Autorisation

: 692800

STAN

: 000542

TICKET CLIENT