

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 067004

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3627 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : CHIKHAIOM WAHID
Date de naissance : 12-5-59
Adresse : Habituelle
Tél. : 0668316343 Total des frais engagés : 413,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
Fax : 06 78 75 89 89

Date de consultation : 31 Mars 2023
Nom et prénom du malade : ATMANI HASSANHA 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
Signature de l'adhérent(e) :
Le : / /

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
31 Mars 2023			300M	Dr. BAQI MAHA Dentiste City Office Lotissement Missimi Tél : 05 22 91 13 38 Tél : 06 78 75 89 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31/03/23

11322

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

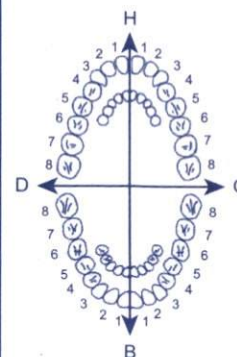
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 Maha IRAQI
Ophthalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse
Diplôme d'Oeil et Médecine Interne
et de Neuro-Ophtalmologie
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقى مها
إختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الإستشفائى ابن رشد
طبيبة سابقا بمستشفى الحسنى

Casablanca, le

31 mars 2023

Mme ATMANI El Hassania

Lot N° : 36100611
EXP : 07/2023
PPV : 50DH10

50.10
1/ OTAD 0.1 %

1 goutte 2 x /j , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

37.20
2/ FUCITHALMIC 1% gel ophtal

1 app 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 8 jours

26.40
3/ STERDEX pommade

1 application par jour, le soir au coucher, dans l'œil gauche

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rijl Amyet Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3g
AMM N°184
DMP/21/NBQ
PPV : 37 DH 20

6 118001 200818

STERDEX
pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
ppv : 6,40 DH

6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri.
20 110 Casablanca
Pharmacie Responsable :
Amina DAOUDI

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

سبتي أوفيس - شارع واد لو - حي مسيمي - الطابق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحي الحسنى) - الدار البيضاء
City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca
Tél : 05 22 91 13 38 - الهاتف : GSM : 06 78 75 89 89 - المحمول : E-mail : iraqimaha@yahoo.fr - البريد الإلكتروني