

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.

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- 0021621

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00755 Société : RAN 161048
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARRIF RABIA
 Date de naissance :
 Adresse : 18 Rue 12 HAY OULFO CAS
 Tél. : 06 60 59 70 18 Total des frais engagés : 335,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MOUFID Soudia
 OPHTALMOLOGISTE
 Bd. Mohamed VI, N°3 Rue 249 Hay Moulay Abdellah,
 Ain Chock, CASABLANCA - Tél : 05 22 99 96 60
 Agréé Permis de Conduire
 INPE : 001021014
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17/03/2023
 Nom et prénom du malade : ARRIF RABIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Trouble de réfraction
 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 : 19/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDF N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	
17/03/2023		AS + FO	300 DH	<p>Dr. ALMOULOU Saadia ALMOULOU Saadia N° 249 CASABLANCA - Tél: 05 22 99 10 21 INPE : 0910210</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur 	Date 17/3 2023	Montant de la Facture 3570

[illegible]

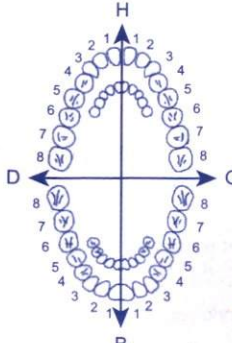
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

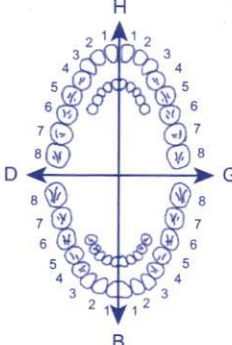
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

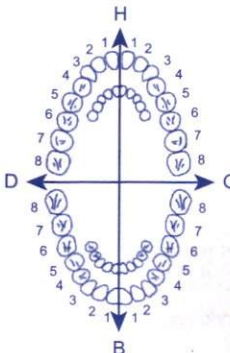
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUFID Saadia

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ex Médecin à l'hôpital 20 Août

Ex Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

Ex Médecin à l'hôpital Sidi Othmane

Membre de l'association Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte

chirurgie de paupières et des voies lacrymales

Glaucomes - Diabète - Lasers



الدكتورة مفيد السعدية

أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

طبيبة سابقة بمستشفى سيدي عثمان

عضوة بالجمعية الفرنسية للعيون

جراحة الجلالة جراحة الجفون ومسالك

الدموع الضغط و السكري - الليزر

Casablanca, le 17/03/2023 في الدار البيضاء

AZIZIF

PARIA



6 118001 07059

Laboratoires Sothema Bouiskoura

Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 m

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO

Boîte de 1 flacon.

PPV : 35,70 DH



3570. Mohamed

15/11/2023



Dr. MOUFID Saadia
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Mohamed VI N°3 Rue 249 Hay Mly Abdellah
Ain Chock CASABLANCA - Tél: 05 22 59 96 60
Agréé Permis de Conduire
INPE : 091021014

شارع محمد السادس رقم 3 زنقة 249 - حي مولاي عبد الله عين الشق الدار البيضاء الهاتف : 05 22 59 96 60

Bd Mohammed VI N°3 Rue 249- Hay Mly Abdellah- Ain Chock- Casablanca - Tél: 05 22 59 96 60