

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° M21- 0061544

Optique *PT5632* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5357**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

FILALI RAFIK Rachid

Date de naissance :

28-12-58

Adresse :

**Rue 93 N° 22 Famille Française
CASA**

Tél. : **0666733278**

Total des frais engagés **1035,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. AZHARI Mustapha
OPHTALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelloumen
4ème Etage N° 15 - CASA
Tél/Fax : 0522 27 60 61**

Date de consultation :

07/SEP/2023

Nom et prénom du malade :

MRAWI ALAAJI F2 E P FILALI Age : **59ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Géno oculaire/géno

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **07/9/2023**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE 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
7 SEP 2020	g		300	Dr. AZHAR Moustapha OPHTALMOLOGUE 731, Boulevard Abdelmoumen 4ème Etage - 15 - CASABLANCA Tél./Fax: 0522 27 60 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24 09 2023	8735,60€

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
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

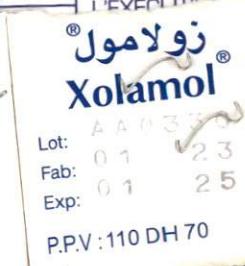
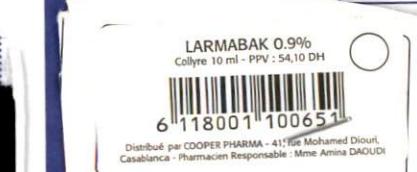
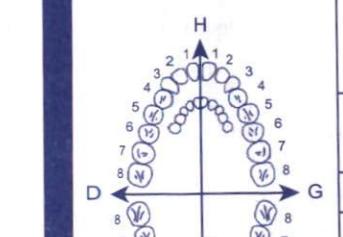
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H	
25533412	21433552	00000000	00000000
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]



FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DN P/21/NRQDNM

Dr. Mustapha AZHARI

Spécialiste des Maladies
et de la Chirurgie des Yeux
Ancien Interne des hôpitaux
de Toulouse (France)

Laser Excimer - Strabisme
Contactologie



الدكتور مصطفى أزهري

اختصاصي في أمراض
و جراحة العيون
طبيب سابق بمستشفيات
تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول
العدسات الاصنفية

Casablanca, le 07 septembre
2023

Mme MRANI ALAOUI EP FILALI
Fatima Zahra

XOLAMOL collyre

1 GOUTTE X 2 PAR JOUR (9H00 ET 021H00), dans les deux yeux, pendant 3 Mois

ALPHAGAN 02 ./. collyre

1 goutte 2 fois/jour; 8h30 et 20 heures30, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

FRAKIDEX pommade

1 application le soir au coucher pendant 08 jours aux deux yeux



Dr. AZHARI
OPHTALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelloumen
4ème Etage - 15 Casablanca
Tél / Fax: 05 22 27 60 61 - 05 22 47 30 38 / E-mail: azmus2000@yahoo.fr

131 ش. ج. 45 من زاوية زنقة كاليان) إقامة دوهرة عبد المؤمن الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء
131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4 è Etage - N° 15 - Casablanca
Tél. / Fax: 05 22 27 60 61 - Tél. : 05 22 47 30 38 / E-mail : azmus2000@yahoo.fr