

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-834161

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9028

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHSEN MOHAMED ZAKARIA

Date de naissance : 25-05-1971

Adresse : 202 rue de Bugey, résidence Smassi N° 6.

BAHIM Roudani Casablanca

Tél. : 0674 789178

Total des frais engagés : 1541 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr LAHLOU NABIL ABOU BAKR
Ophtalmologiste
159 Bd Bourgogne N°22 Casablanca
Maroc
Tél: 06 58 48 95 85

Date de consultation : 26/12/2023

Nom et prénom du malade : ADMEUR Karima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Presbytie + Atropie oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
26/11/23	CS	1	3.00 DH	
12/12				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/23	24.10

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologie Médical (enfant/Adulte)
- Chirurgie de la Cataracte
- Chirurgie réfractive
- Exploration : Oct, Angiographie, Echographie, Lasers

- أمراض العيون (للأطفال / الكبار)
- جراحة جلاطة
- جراحة تصحيح البصر بالليزر
- تصوير القرنية و شبكية ، الليزر

Casablanca le : 26/12/2023

ADMEUR Karima



- NAVI Blef de x 24g/j pdt 1 mai

84,00

- NABABAK



x 2g/j

pdt 1 mai



PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46

- phylac x 24/j



157,00

- Theal-se x 3g/j

241,00

Dr. LAHLOU NABIL ABOU BAKR
Ophtalmologiste
159 Bd Bourgogne N° 22 Casablanca
Maroc
Tél: 05 22 22 60 19 / 06 58 48 95 85



تيالوز®

تريالوز 3 %
هياالورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين
يحمي، يميّه ويزلق سطح
العين

10 مل

ون مادة حافظة

STERILE A

معقم



25

تاريخ أول فتح
Date de première ouverture



VR2762C10MAB/0722

Distribué au Maroc par :
Laboratoires THEA
S.A. - 12, rue Louis Blériot
63017 - Clermont-Ferrand - France
P.C. : 13700 Dh

تأريخ أول فتح
Date de première ouverture

صاحب شهادة التسجيل الطبي:
مخابر تيلا - شارع لويس بليريوت
12، شارع لويس بليريوت - سبيكس 2 فيلا
63017 كليون فيرون - سبيكس 2 فيلا

Date de première ouverture :
تاريخ فتح الأول للقارورة:

Titulaire
Laboratoires THEA - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand Cedex 2
FRANCE



NAABAK 4,9%
Collyre 10 ml - 100 mg - 4,900 DH



6118001101184

Distribué par COOPÉRA PHARMA - 41, rue Mohamed VI
Casablanca - Pharmacie Responsable - Mme Azma DAOU

المالك

مخابر تيلا - 12، شارع لويس بليريوت
63017 كليون فيرون، سبيكس 2 - فرنسا