

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-425251

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAM 42996

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666 957545 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 091184507

Date de consultation : 18/08/2020

Nom et prénom du malade : EL KARROUNI RHITA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique

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 : 05/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
13/08/2020	C+R	3000		INP : [] [Stamp: Dr. Zineb, Spécialiste d'Orthodontie, 18 rue Nadoua]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

[Signature] 18/08/2020 [Stamp: Pharmacie Dolmet, 18 rue Nadoua]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

[] [] [] []

AUXILIAIRES MEDICAUX

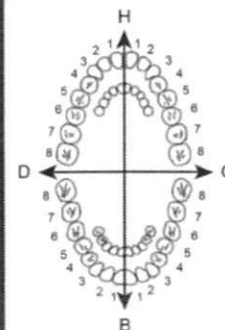
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

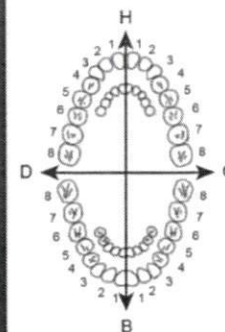
[] [] [] [] [] []

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

DR. ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de Casablanca
Ex médecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétinienues
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

عن

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة أ)

فرنسا

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N°: 32 DMP/21/NNP

رث المغرب رقم:

PPV = 112,50 DH

®/TM are trademarks of Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.

الأزرق - فحص القرنية

18 août 2020

Casablanca le :

908093 800SNW 13
ANGLE BO GRANDI ET
LAKAKI MAKIMA
PHARMACIE GULMES
13 10N9N9 08 070N9
AMTIAH 1700007

Mme EL KARROUMI Rhita

1/ ILAST CARE

1 app le soir, dans les de



2/ NAABAK COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



3/ HYE UNIDOSE

1gtte 4 fois /jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



4/ LOTEMAX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 j

PFC 145,00 DH

Date fab: تاريخ التصنيع
Exp: تاريخ الانتهاء
N° de lot: الدفعة

NAABAK 4,9%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH
6 118001 101184
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DACUDI

908093 800SNW 13
ANGLE BO GRANDI ET
LAKAKI MAKIMA
PHARMACIE GULMES
13 10N9N9 08 070N9
AMTIAH 1700007

الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd. Moulay Youssef & R
Urgence : 0

ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (ق)

N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél.: 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني: r.lazrakzineb@gmail.com