



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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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

Déclaration de Maladie

N° W19-420363



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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	277	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HANI M. J.			
Date de naissance :	1532		
Adresse :	8 ^e Monta RIAKET 372 CASA		
Télé. :	66491876	Total des frais engagés :	2245,50 Dhs
Cadre réservé au praticien			
Cachet du médecin : Rés. Habiba N° 18ème Etage Bd Haj Fateh El Olta Casablanca			
Date de consultation : 09 NOV 2020			
Nom et prénom du malade : VANNIA J. LOSI Age :			
Lieu de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Correctif flaque.			
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

Déclaration de maladie N° W19-420363

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 277
Nom de l'adhérent(e) : YAMNA
Total des frais engagés : 2245,50 Dhs
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
				<i>250</i>

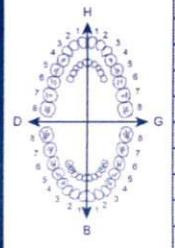
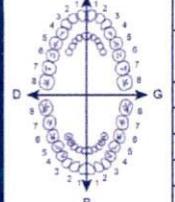
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<i>27 Nov 2018</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
		<i>27 Nov 2018</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
		AM PC IM IV		<i>Q.80</i>

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
Q.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	D	G
00000000	00000000	00000000		
35533411	11433553			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
B				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
H	25533412	21433552	D	G
00000000	00000000	00000000		
35533411	11433553			<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Ophtalmologiste (Adultes et Enfants)

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France

Ancienne résidente à l'Hôpital 20 Août

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

اختصاصية في الطب و جراحة العيون (صغر و كبار)

داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

طبية داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي

بوات آيت - فرنسا

طبية مقسمة سابقة بمستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة بفرنسا

Casablanca, le : 25 Nov 2013



63.30

① - Allecheck :

3 gtt x 30 → Tuyilep

20.80

② - Fraction Rommel

3 off. le soir

84.30 DH

6 Mgtées



إقامة حبيبة، رقم 78، الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء
Résidence Habiba, Numéro 78, 2 ème étage, Boulevard El haj fateh - Oulfa - Casablanca

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI



Distribué par Laboratoires Des
Pharmacies, Route 148-147 Zone Industrielle
Tétouan Caujolence 20540, Maroc
J. OUADI Pharmacien Responsable



6 118001 420049



PPV: 63 / 50 DH

GTIN: 16118001420046

Date Fab: FEB.20

Date Per: JAN.22

Lot: OCQ1BB2

UID: 46LHJSRG&JQVP



Docteur N. RIAH



الدكتورة ن. رياح

Ophtalmologiste (Adultes et Enfants)

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France

Ancienne résidente à l'Hôpital 20 Août

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

إخلاصية في الطب و جراحة العيون (صغار و كبار)

داخلية سابقة بمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

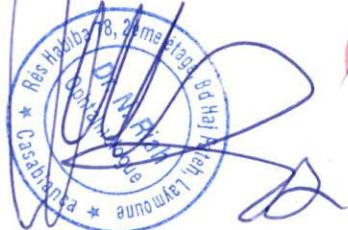
طبية داخلية سابقة بمركز الإستشفائي الجامعي

بوات آنر - فرنسا

طبية مقيمة سابقة مستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء و جامعة بفرنسا

Casablanca, le : 25 Novembre



Yann

Fabrice

51.00

1. Rasphor = 1 gtt x 6

20.80

2. Fraction Pomme

1 off 6 gtt

38.50

3. Sicofred = 15gell 09 NOV 2020
2 gtt x 3

T = 111.20 D2

إقامة حبيبة، رقم 78، الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء

Résidence Habiba, Numéro 78, 2 ème étage, Boulevard El haj fateh - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 13 49

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAUDI

14.2218

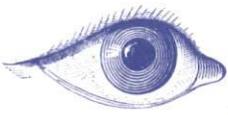
Bropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone
Flacon de 10 ml



6 118001 272549

20.11.2020
à 8h.



Ophtalmologiste (Adultes et Enfants)

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France

Ancienne résidente à l'Hôpital 20 Août

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

اختصاصية في الطب و جراحة العيون (صغار و كبار)

داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

طبية داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي

بوانت أبتر - فرنسا

طبية مقيدة سابقة مستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء و جامعة بفرنسا

Casablanca, le : 29 Novembre

Yann & Jason



- Lunettes de correction -
stérile, VL + UP
- Verres séparés, Réf. anti-
ultraviolets

LUNETTES ANNAKHIL
Rue 3, N° 192 Essalam
Derh Ghallaf - Casablanca

M = + 3,50 (- 5,00 à 90)
D = - 3,00 à 90
(B) = + 1,70 astigmates
Méli à l'assouven bon confort

إقامة حبيبة، رقم 78، الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء

Résidence Habiba, Numéro 78, 2 ème étage, Boulevard El haj fateh - Oulfa - Casablanca

LUNETTES ANNAKHIL

Nº 04646

نظارات النخيل

DATE : ١٢.١١.٢٠٢٠

NOM : JEDDOUCY

PRENOM : YOUSSEF

DOCTEUR N. A. H.

NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE 950 CYL - SPH +350 400,-

VL

OG : AXE 750 CYL - 3 SPH 300,-

Add : { OD : } + 275
OG :

Verres 600,-

Monture 600,-

Facture Arrêtée à la somme de :

LUNETTES ANNAKHIL
Rue 3, N° 192 Essalam
Marh Chellaf Casablanca

3.50,-
2.00,-

600,-

1850.00

رقم 192، زنقة 3 السلام - الدار البيضاء - الباشنا : 34721616

N° 192 - Rue 3 Essalam - Casablanca

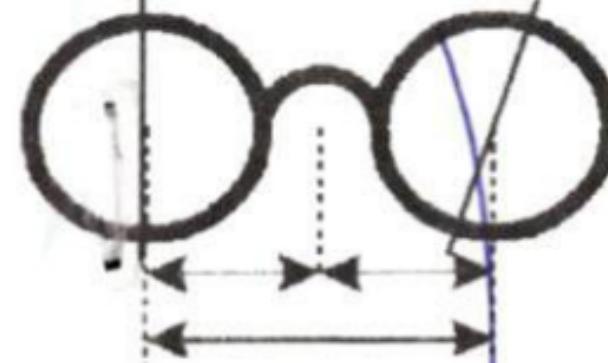
Patente : 34721616 - I.F. : 40150760 - Ice : 001845860000089

NO.11633

NAME: Huvitz Co., Ltd.
+82-31-442-8868

DATE:2020/11/23 16:56

LENS:NORMAL



<RIGHT>

SPH: +6.75

CYL: -5.25

AXS: 90°

PSM:I 0.06

D 1.16

<LEFT>

SPH: +3.00

CYL: -2.75

AXS: 70°

PSM:I 0.04

U 0.14

=====

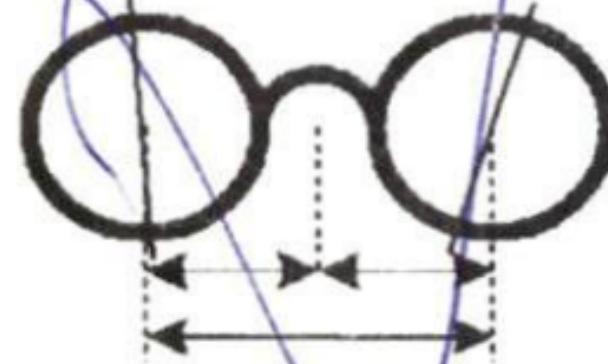
HLM-7000

NO.11634

NAME: Huvitz Co., Ltd.
+82-31-442-8868

DATE:2020/11/23 16:56

LENS:NORMAL



<RIGHT>

SPH: +3.50

CYL: -5.00

AXS: 95°

PSM:I 0.06

D 0.59

<LEFT>

SPH: 0.00

CYL: -3.00

AXS: 71°

PSM:I 1.14

U 0.33

=====

HLM-7000