

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.

adiologie 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.

ptique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

- 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.

entaire :

- 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

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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
Nº P19-0035811

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

14684

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0401

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NORREDINE SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05220585494 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

31 DEC. 2019

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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.



20 SEP. 2019

ACCUEIL

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) :

(Signature)

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
 DROITE 11 21 GAUCHE 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 BAS					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires DROITE 11 21 GAUCHE 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 BAS		Détermination du coefficient masticatoire		H 25533412 21433552 00000000 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553	Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution
				(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme 0402
DECLARATION N°		P 17 / 040487
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	2035,65	2
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 17 / 0040487

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 0402	
Nom & Prénom		NORREDINE Said	
Fonction	Retraité	Phones	0522985494
Mail norredine.said@yahoo.fr			
MEDECIN		Prénom du patient NORREDINE MERYEM	
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age 21 ans
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
14/09/19	S	200 Dh	
PHARMACIE		Date 17/09/2019	
Montant de la facture		de: 14.09.19 1724,- 111,65 Dh	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Malika BOUKSIM

الدكتورة بوعسم ملية

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

**الليزر
Laser**

Casa le :

14 Septembre 2019

Mlle NOREDDINE Meryem

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets**

ZENITH PHARMA

PPC : 35,95 DH

OD = (- 0.50 à 83°)

OG = + 0.25 (- 0.50 à 97°)

75,70 Dh

1/ ZALERG



1 gtt 2fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

35,95 Dh

2/ PHYSODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

lavage oculaire en cas de démangeaisons, les deux yeux

$J = 113,65 \text{ Dh}$
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
104, Av. Abdellah Benkouachla
Tel: 0522 870870 Fax: 0522 881836

ANDOUSSIA
Rue Dm Berjignon
126 EX 11 Casablanca
France 11 Rue Dm Berjignon
126 EX 11 Casablanca
11 84 84 83

DR. BOUKSIM M.
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabia 130 - 2ème Etage
Imm. Al Firdaus 5 Oulfa - Casablanca
Tel: 0522 914111

Bd. Oum Rabia Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca

Tél: 05 22 91 41 11

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji
 Idrissia 1 - Casablanca
 Tél. : 05 22 28 70 73
 Fax : 05 22 80 18 36
 Patente : 33664052
 C.N.S.S : 23561145
 R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198
 ICE : 001823017000027
 INP : 095004081

FACTURE

N° 0002586

Casablanca, le

M

17/09/2019

NOUR EDDINE MERYEN

Rockstar

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature corespondants à la prescription	Loin { O.D. = 1N O.G. = 1N	Prés { O.D. = 1 O.G. = 1	D.F. { O.D. = 1 O.G. = 1
---	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

FOURNITURE :

1 Montures : 2800,-

700,- 700,-

2 Verres : myope pho 512,- 1024,-

512,- 1024,-

TOTAL :

1724,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille sept cent vingt quatre dirhams

KADER OPTIQUE
 OPTICIENNE AUTOMATIQUE

404 Av. Abdellah Senhaji

Tel: 0522 28 70 73 Fax: 0522 80