

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

- 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

N° P19- 0042983

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6278 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RNC / RAM
 Nom & Prénom : FASKANI Saïd
 Date de naissance : 01.01.1955
 Adresse : 27 rue Bohra Sanjari B- Ibrohina Rouda
 Tél. : 0665642269 Total des frais engagés : 356 + 4800 + 21,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/2020
 Nom et prénom du malade : FASKANI Saïd Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Oculaire
 En cas d'accident précisez 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 : CASIN

Le : 17 / FEV / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° P19-042983

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt : 17 FEV 2020

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
04.02 2020	C2 + Fd		350.00 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KANINE OPTIC S.A.R.L. 20, Rue 40 Driessia Casablanca - Tel: 05.22.80.41 INPE: 095007895	04/02/20	480.00 DHS

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	

VOLET ADHERENT

88924

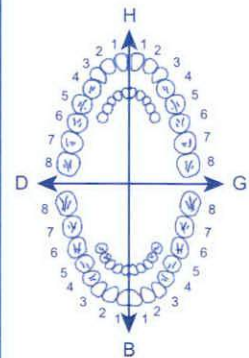
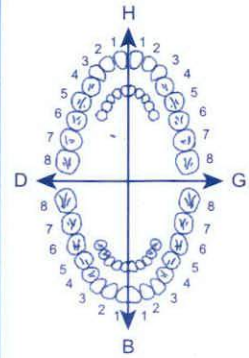
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. B. MEZIANE EL OTMANI

Médecin Spécialiste des Maladies et
chirurgie des yeux

Ex-directeur du centre Ophtalmologique
A Gelsenkirchen Buer, en Allemagne
Diplômé de la Faculté de Médecine de Hambourg
Chirurgie des yeux, Laser-Thérapie



دكتور ب مزيان العثماني

طبيب اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

مدير سابق لمركز طب وجراحة العيون

كلينيكشن بور بالمانيا

خريج كلية الطب بـهمبورغ

جراحة العيون - العالجة بالليزر

Casablanca. 04.02.2020.

Patient : Faskani Said



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

45,90 x 2 = 91,80

- Citoxan collyre ophtalmique

SF / jour 2 btes

60000 x 2 = 120,00

- Citoxan pommade ophtalmique

1 F / Soir / 2 btes.

211,80

Dr. B. MEZIANE EL OTMANI

Ophtalmologue

11, Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah

Route de la Corniche

Casablanca 20160

PHARMACIE
Route d'El Jadida
240, Bd Brahim Roudani
Tel: 05 22 99 57 46



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 86/DMP/21/NRP
PPV : 60,00 DHS
Remboursable AMO



6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

CILOXAN®
POMMADE OI
tube de 3,5 g
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 86/DMP/21/NRP
PPV : 60,00 DHS



6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

11, Bd Sidi Mohan 69227-3 Sidi Abdellah, Route de Corniche, Casablanca

11 شارع سيدي محمد بن عبد الله - طريق لأكوريش - الدار البيضاء

Tél : 0522 20 35 93 — Fax : 0522 20 35 91

Dr. B. MEZIANE EL OTMANI

Médecin Spécialiste des Maladies et
chirurgie des yeux

Ex-directeur du centre Ophtalmologique
A Gelsenkirchen Buer, en Allemagne
Diplômé de la Faculté de Médecine de Hambourg
Chirurgie des yeux, Laser-Thérapie



دكتور ب مزيان العثماني

طبيب اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

مدير سابق لمركز طب وجراحة العيون
مركز كرسن بور بألمانيا
خريج كلية الطب بهمبورغ
جراحة العيون - المعالجة بالليزر

Casablanca 04.02.2020.

Patient: Faskani Said.

V. Progressifs Org. blancs A.R.
SPH Cyl Axe

OD	+ 1.75	- 0.75	94
OC	+ 1.50		
OD	+ 4.25	- 0.75	94
OE	+ 4.00		

2

Dr. B. MEZIANE EL OTMANI

Ophtalmologue

11, Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah

Route de la Corniche

Casablanca 20160

Tél.: 0522 20 35 93 - Fax: 0522 20 35 91

KANINE OPTIC
S.A.R.L

20, Rue 40 Drissia 1
Casablanca - Tél: 05.22.80.41.41



Kanine Optic

Drissia 1 N° 20 Rue 40

Tél.: 05 22 80 41 41

Casablanca

R.C : 181387

Patente : 33690203

Ident. Fiscale N° 1108579

CNSS : 7775557

ICE : 000187799000005

الإدريسية رقم 20 زنقة 40

الهاتف 0522 80 41 41

الدار البيضاء

السجل التجاري 181387

البتانة 33690203

تعريف الضرائب 1108579

ص و ض ج 7775557

FACTURE

02337

Casablanca le : 04/08/2020

M. Fakhani Said

Doit

Pour : V. Progresse Org. blancs A.P.

Docteur Dr. B. Meziane Elotmani

Nomenclature N° :

OD 94 cy -0.75 sph +1.75

VL 1500.00 Dhs

OG cy sph +1.50

1500.00 Dhs

OD 94 cy -0.75 sph +4.25

VP

OG cy sph +4.00

Verres:

Verres:

Monture: Metalique

Monture:

KANINE OPTIC

S.A.R.L.
20, Rue 40
Casablanca Tél: 05 22 80 41 41

1800.00 Dhs

4800.00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

quatre mille huit cent dinars