

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-463787

Coussy
1 DEC 2019

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JADI B Leila

Date de naissance : 26/11/62

Adresse : 2, lot les Arènes Rés. El Bardai, 4ème, n° 15

Tél. : 0661 173321

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. EL BARDAI**

OPHTALMOLOGISTE

219, Bd. Zerklouni, Rés. El Bardai

Maarif - CASABLANCA

Tél: 05.22.94.95.39 / 06.61.17.73.01

11 DEC. 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 DEC. 2019

Nom et prénom du malade : JADI B Leila

Age : 57 ans

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.

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 : 11/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUSE

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
1-1-DEC-2019		05	25000	INF 0910482 Docteur Dahir EL BAR OPHTALMOLOGISTE 219, Bd. Zerketouni - Rés. El Bar



2500k

INF 091048249

Douteur Dahir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. Zerkoutouni - Rés. El Bardai
Madrif - CASABLANCA
Tél. 05.22.94.95.39 / 06.61.17.72.01

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Rue du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Quartier Rahine : 05 22 36 28 24 - Casablanca	11/11/19	T: 230,00
HARMACIE H. H. H. NADIA BENNIS Rue Anzouzi et Ali Abouhachem CASABLANCE	11/12/19	T: 1150,00

Date _____

Montant de la Facture

Ans 12 13

T. 230 m

11/12/14

T 1150.10

[illegible]

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des

Nombre

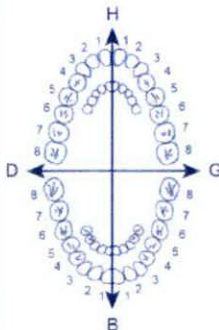
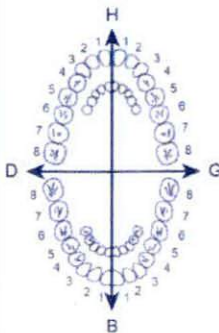
Montant détaillé
des Honoraires

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

الدكتور البردعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات
تخطيط الأوعية، لآزر

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات تولوز. فرنسا
طبيب رئيسي سابقا لقسم أمراض وجراحة العيون
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le 11 DEC. 2019 في الدار البيضاء،

Me Leila JADIB

AST six ans

Chetrc

ODT + OC

HARMACIE/HYPER
Nadia BENNIS
19, Bd. St. Antoine et Ali Abderrazak
Tél: 022.94.95.39 - CASABLANCA

230,00 XS
1150,00

6F

Troya Lan

syn

230,00

15

Mme Dr. GERTIS Zahra Khadija
Pharmacien, EL Morocco
5, Rue Mohammed VI - Bayouli
Casablanca
Tél: 05 22 96 28 24 - Casablanca

a cashim

Docteur Dafir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai
Maârif - CASABLANCA
Tél: 05.22.94.95.39 / 06.61.17.72.01

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot : 9HSG1A

Fab : 07-2019

EXP : 07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot : 9HSG1A

Fab : 07-2019

EXP : 07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV

PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml

collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot : 9HSG1A

Fab : 07-2019

EXP : 07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV

PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml

collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV

PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml

collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot : 9HSG1A

Fab : 07-2019

EXP : 07-2021