

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 ou 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

- 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 - 5ème 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° W19-529855

ND: 27617

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TALAL ABD ELHAQIM
 Date de naissance : 01/10/1960
 Adresse : habituelle
 Tél : 06 7373 0831 Total des frais engagés : 120,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/02 / 1920
 Nom et prénom du malade : TALAL Abdelhakim Age : 59 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 : Casablanca Le : 29/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

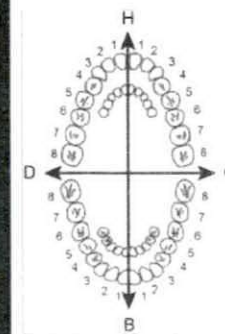
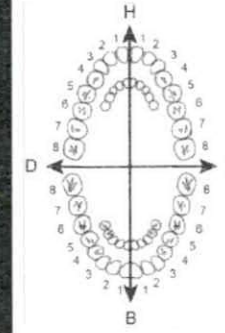
[Signature]

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
29 FEB 2020	e	-	250,00	
7 MARS 2020	c2	-	Gualet	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-22-2020	120,80
	07-03-2020	79,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : **29 FEB 2020**

N° **JAL AL Abdelhakim**

sur dans l'oeil

65,00 - Vigamox

24,40 - 1 goutte 3 x LIT 15 fois

29,40 - Tobrex
 1 goutte 4 x LIT 15 fois

29,40 - chlorocyclon

1 goutte 3 x LIT 6 fois

120,70

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc
 N° 116 DMP/21/NCV
 Distribué par les
 Laboratoires SOTHEMA
 B.P. N°1, 27182
 Boukoura - MAROC

PHARMACIE MENARA
 SENHAJ Mouna
 Derb el Miter N° 9 Rue 1
 Derb Bouchemt Casablanca
 Tél : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03

Dr. EL ALAOUÏ J.E
 OPHTALMOLOGISTE
 315, Bd. EL Fida - Casablanca
 Tél : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03

NPE 091164939

26,40

NE PAS REMPLIR
 NE PAS CONDUIRE
 SANS AVOIR LUE LA
 notice
TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS REMPLIR
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
 Liste I. Uniquement sur ordonnance



6 118001 072323

Vigamox® 5 mg/ml

Collyre en solution, Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 508/15/DMP/21/NNP

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA SOUSKOURA

PPV : 65,00 DHS

Non remboursable AMO

© 2016 Novartis

449780



ANALYSE DE LA QUALITE
100% de conformité
Satisfait

Dr. EL ALAOUÏ EL AOUFFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
LASER ANGIOGRAPHIE



الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د
خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le : **07 MARS 2020**

M^r JALAL Abdelhakim

sejour dans l'oeil
79,00
NAVIFL
1 goutte 3 x 1 / 1 - 1



PHARMACIE AZIZI
Dr AZIZI Sofia
23, Bd. El Makdiss - Hay Ouds
Tél. : 05 36 50 25 33 - OUJDA

Dr. EL ALAOUÏ EL AOUFFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
315, Bd. El Fida 1^{er} Etage - Casablanca
Tél. : 05 22 83 23 32 / 05 22 83 18 03



NPE 091164939

315, شارع الفداء مقابل قسارية المنجرة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 83 18 03 / 0522 83 23 32
 315, Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA) 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03