

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Prothèse 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

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 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

Dos n° 59915
N° M21- 0018512

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2152

Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUAHIDI LAKBIR

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : 16 RUE 02 HAY ENNOUR SDJ. OTHMANE

CASABLANCA

Tél : 0600778858

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 12/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/2/2021		5	270	
6/2/2021	échographie maxillaire inférieure		5000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/2/2021	344,60

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez à joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

Dents Traitées	Nature Soins	Coefficient	Montants											
LOT 200283 EXP 03/2023 PPV 149.50DH	LOT: 8090195-1 PER: 03/2022 PPV: 33.00DH	UT: AV: 42.00 PPV (DH):	COEFFICIENT DES TRAVAUX											
TOBRADEX® POMMADE OPTICOMQUE PPV: 54,40 DHS Boîte de 1 tube 3,5G Laboratoires Sothema Boukoura A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI AMM N° 455/15 DMF 21/ NRQ Tél: 05 44 44 55	1008111070602	EXP: 21	6 118001070596 Laboratoires Sothema Boukoura A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI ppv: 35,70 DHS											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	<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	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS											
			DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

169,60
- Spectre m...
42,00
- Prendre 20 mg
314
- ...
357,00
- ...
33,00
- Spectre m...
54,40
- ...
30,00
- ...
344,60

Dr. AATOUF Abdelhak
Spécialiste de la Chirurgie
et Maladies des Yeux
276, Boulevard Rida Gudira C/O
CASA - Tél : 05 22 57 59 59
Fax : 05 22 86 22 23

EL ou th...
LAC 822

PHARMACE AYA MASJID HAY NOUR
Bd Abdelkader Sahraoui Hay Ennour
Rue 2 N°73 Sidi Othmane - Casa
Tél : 05 22 59 44 55

S.V.
S.V.
S.V.
S.V.
S.V.
S.V.
S.P.

Cabinet Ophtalmologiste**DR AATOUF ABDEL FETTAH**

276, Bd REDA GUDIRA Cite Djamaa a cote decinema AL MADANIA - CASABLANCA -

Tél. : 0522575859 - Fax: - Email :

Patient: Elouahidi Lakebir**N° de dossier:**

Adresse: -

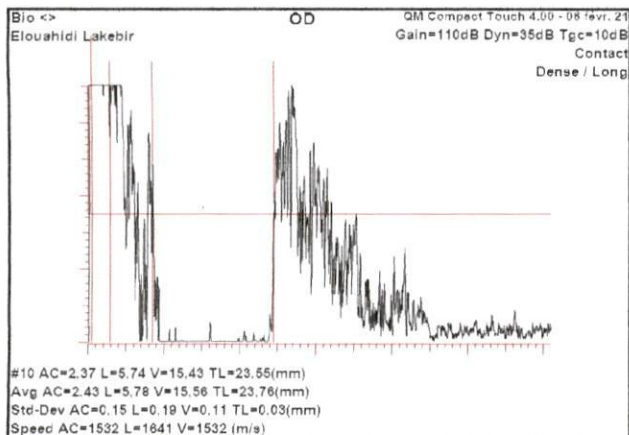
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil: OD

Date d'examen: 06 févr. 2021



Contact	Dense / Long	Œil Normal *		
Mesure Sélectionnée	C.A.(mm)	C.(mm)	V.(mm)	L.T.(mm)
m/s	1532	1641	1532	
#1	2,83	5,33	15,63	23,79
#2	2,37	5,78	15,63	23,79
#3	2,37	5,83	15,59	23,79
#4	2,45	5,66	15,66	23,78
#5	2,37	5,70	15,70	23,78
#6	2,34	5,99	15,40	23,72
#7	2,34	5,99	15,40	23,72
#8	2,41	5,74	15,59	23,74
#9	2,34	5,95	15,43	23,72
#10	2,37	5,74	15,43	23,55
Avg	2,43	5,78	15,56	23,76
Stat-2	2,34	5,99	15,40	23,72
Std-Dev	0,15	0,19	0,11	0,03

Valeurs sélectionnées pour le calcul LIO		Avg	C.A.: 2,43 mm	C.: 5,78 mm	L.T.: 23,76 mm
K Mesuré		K1: 42,00 D @ 0° - K2: 42,75 D @ 0°			K: 42,38 D
	Données de Réfraction	Sphère: 0,00 D - Cylindre: 0,00 D @ 0°			

IOL 118.00 P - A = 118,000	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	18,50	1,42
A = 118,000	19,00	1,07
Emme: 20,50 D	19,50	0,72
Ame: 0,00 D	20,00	0,36
IOL Ame: 20,50 D	20,50	0,00
	21,00	-0,37
	21,50	-0,73
	22,00	-1,11
	22,50	-1,49

IOL 118.10 P - A = 118,100	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	18,50	1,49
A = 118,100	19,00	1,14
Emme: 20,61 D	19,50	0,79
Ame: 0,00 D	20,00	0,44
IOL Ame: 20,61 D	20,50	0,08
	21,00	-0,28
	21,50	-0,65
	22,00	-1,02
	22,50	-1,39

IOL 118.30 P - A = 118,300	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	19,00	1,29
A = 118,300	19,50	0,95
Emme: 20,84 D	20,00	0,60
Ame: 0,00 D	20,50	0,25
IOL Ame: 20,84 D	21,00	-0,11
	21,50	-0,47
	22,00	-0,84
	22,50	-1,21
	23,00	-1,58

IOL 118.40 P - A = 118,400	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	19,00	1,37
A = 118,400	19,50	1,02
Emme: 20,96 D	20,00	0,68
Ame: 0,00 D	20,50	0,33
IOL Ame: 20,96 D	21,00	-0,03
	21,50	-0,39
	22,00	-0,75
	22,50	-1,12
	23,00	-1,49