

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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

N° M20- 0000793

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371 Société : RAN 77567

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUHAMI MOHAMED

Date de naissance : 12/02/1951

Adresse : RTE El Jadida RES RAN IMM 6

APPT 602 CASA

Tél. : 0661834452 Total des frais engagés : 1121,80 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23.06.24

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affb diabie

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/06/21 | C2, 1, 5 | 300 DA | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 19/05/21 | 187,80 |
| | 23/6/21 | 634,80 |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---------------------------|--|------------------|-------------|---|--|
| | | | | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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 mercredi 19 mai 2021

Monsieur Mohamed TOUHAMI

A instiller dans les deux yeux

30,30
- Icomb, collyre :

1 goutte trois fois par jour pendant 2 semaines.

27,50
- Icin , collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

130,50
- Hyfresh , collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

En cas d'urgence (douleur, baisse de la vue ou rougeur), veuillez contacter

> 7h-19h: 0522234989

> 19h-7h 0673630775//0623247489

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés RA
L'Annam Oasis Casablanca

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.93.33.37 Fax: 022.93.24.73



INPE 090060914

Suvéal[®] **DU**

OPHTALMED
PPC
317.00 DHS

BOÎTE POUR 2 MOIS
Formule en 1/ jour

Complément alimentaire
à base d'Oméga 3, Lutéine,
Zéaxanthine, Vitamines et Zinc

Le Zinc et le DHA contribuent au
maintien d'une vision normale

Suvéal[®] DUC

BOÎTE POUR 2 MOIS
Formule en 1/ jour

Complément alimentaire
à base d'Oméga 3, Lutéine,
Zéaxanthine, Vitamines et Zinc

Le Zinc et le DHA contribuent au
maintien d'une vision normale

OPHTALMED
PPC
317.00 DHS

23 juin 2021

Mr. TOUHAMI Mohamed

SUVEAL DUO: BOÎTES DE 60

1 Capsule / jour le soir après dîner, pendant 6 mois



317.00 x 2

634.00

صيدلية إميل زولا
PHARMACIE EMILE ZOLA
Dr. BENHANI K. Abdelali
221, Boulevard Emile Zola
Casablanca - Tél. : 05 22 24 23 83

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 87
Tél: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 87

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca



INPE 090060914

23/06/2021

Mr. TOUHAMI Mohamed a effectué une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologie d'un montant de 300dh (trois cent dirhams)

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés
Casablanca

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés (H.W.)
Oasis Casablanca
Tél: 0522 23 49 89 LG - Fax: 0522 23 49 87



INPE 090060914