

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 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

- 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° W19-508327

80519

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 7743

Matricule : 7743 Société : D.A.M. Retraite

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHRAÏBI SAÏD

Date de naissance : 22/7/1949

Adresse : 183 Lot An Laataris - SKHILAT

Tél. : 0661 102494 Total des frais engagés : 488,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Houria GHORFI
طبيب و جراحة العيون
OPHTALMOLOGISTE
44, Av. de France App.3 Agdal-Rabat
Tél : 05 37 77 48 77/06 61 37 31 77

Date de consultation : 11 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : BOULAA MAÏVE SAÏDA Age : 67

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

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 : SKHILAT Le : 13/08/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

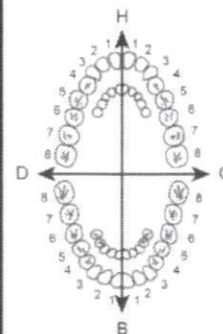
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>PH. SAHRA</i></p> <p><i>Dr. N. E. Maidaoui</i></p> <p><i>Lot. Ain Leziane, N°69 - Skhirat</i></p> <p><i>Tel. 05 24 25 57</i></p> <p><i>NPE 10205244</i></p>	<i>31/6/21</i>	<i>238,20</i>

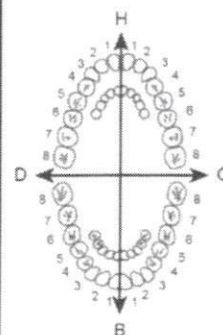
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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 HOURIA GHORFI
OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie réfractive, Laser,
Phacoémulsification
Angiographie rétinienne, OCT
Contactologie
Rétine Médicale



الدكتورة حورية غرفي
اختصاصية في طب العيون

جراحة النظر، العلاج بالليزر
جراحة المياه البيضاء و المياه الزرقاء
تصوير الأوعية الدموية و الشبكية
العدسات اللاصقة
علاج الشبكية



07 juin 2021

Mme BOULAAMANE Saida

148,00

CATIONORM

1 goutte 2 à 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

OPATANOL COLLYRE CL

90770

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

407252

دكتورة حورية غرفي
Dr. Houria GHORFI
مطب و جراحة عيون
OPHTALMOLOGISTE
44, Av. de France App 3 Agdal-Rabat
Tél : 05 37 77 48 77/06 61 37 77

صيدلية سلمى
Dr. N. EL Maïmoubi
Lot. Ann. Laarajis, N°69 - Skhirat
Tél : 05 37 74 22 37
INPE 102052214

44, Av. de France, Rez-de-chaussée, Porte 3, Agdal - Rabat 10000

44, شارع فرنسا - الطابق السفلي - شقة رقم 3 - اكдал - الرباط
أمام محطة الطرامواي- اكдал شارع فرنسا-

ICÉ: 001876402000052 - INP : 101071561

N° Tél

05 37 77 48 77
05 37 77 84 77

www.ophtalmoagdal.ma