

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

Consignes 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.

Prescription :

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.

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

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° M21- 0021964

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000332 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUKARAM MALIKA

Date de naissance : 1992

Adresse : AVE NEROUK NORT HAY LAHCEN

BENAHMED TOTAIN BOJA

Tél. : 06.12.01.9619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06.08.2021

Nom et prénom du malade : OUKARAM MALIKA Age :

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

Nature de la maladie : aff. ch.

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) :

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
05/08/21	CRL		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/21	254,80

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
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES

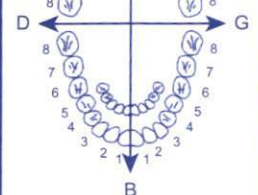
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient des Travaux
			Montants des Soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[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

Docteur ASRARGUIS Mohamed

Ophthalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie Vitéo-rétinienne

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



الدكتور أسرار كويس محمد

إختصاصي في امراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

جراحة وأمراض الشبكية

جراحة الجلالة بالفاكو

طب الحول - راديو الشبكية - أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السيادة

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

LOT/عبار H5981
FAB/تاريخ الانتاج 04-2020
EXP/تاريخ الانتهاء 03-2022

ZENITH PHARMA
PPV : 84 90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

05/08/2021

Madame OUKARAM Malika

- CARTEOL L.P. 2 %

1 goutte, 1 fois/jour, le matin, dans les deux yeux, pendant 3 mois

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

LOT/عبار H5398
FAB/تاريخ الانتاج 11-2019
EXP/تاريخ الانتهاء 10-2021

ZENITH PHARMA
PPV : 84 90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

2020

DR. S. RENAICH SEKKAT
271, Bd Ibn Tachfine
Casablanca
Tel.: 0522 61 83 65

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

LOT/عبار H5889
FA/تاريخ الانتاج 03-2020
EXP/تاريخ الانتهاء 02-2022

ZENITH PHARMA
PPV : 84 90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

Laboratoire CHAUVIN
Z.I. Riposte Haut - 07200 AUBENAS - France



19, Avenue Hassan II - 3ème étage - Casablanca (Face Librairie des écoles) - Tél : 0522.27.50.45 / 0522.49.12.91
0522.49.12.91/05.22 27.50.45 : الهاتف

E-mail : m.asrarguis@hotmail.fr