

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Maladie :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037573

8 435 8

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MR IBRAHIM Mohamed
Date de naissance : 04-04-1944
Adresse : 47 HUSSEIN EL MOUFLAUI
600 THYR CHA
Tél. : 0661241340 Total des frais engagés : 769,30 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 : CHA Le 14 / 9 / 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/08/21	517130

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

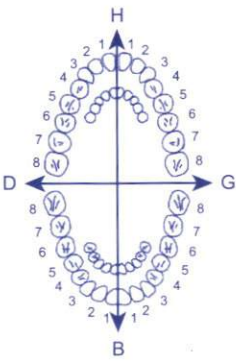
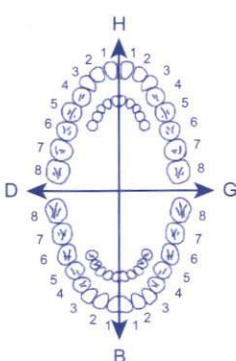
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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"/>											
					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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
		H													
		25533412 00000000	21433552 00000000												
		D	G												
		00000000 35533411	00000000 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

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie**

N° M21- 0037723

☒ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres****Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0750 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. IBRAHIM Mohamed

Date de naissance : 24-4-1944

Adresse : 47 Rue HUSTAPLE EL Moulabouh

Bathier CASR

Tél. 066 1241340 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/04/2004

Nom et prénom du malade : IBRAHIM Mohamed Age: 77

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

Nature de la maladie : Affection pulmonaire

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 : 24/04/2004

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-037723

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
2014-01-14			250,2	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

VOLET ADHERENT

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

الدكتورة ليلى الناصري

Dr. Leila Naciri

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Ancienne Interne à l'institut
du Glaucome à Paris



24/08/2021
اختصاصية في أمراض وجراحة العين
طبيبة سابقة بمعهد داء الزرق
IBRAHIMI Mohamed

Spécialiste du glaucome
Chirurgie de la cataracte
Rétine médicale : DMLA, diabète, uvérite
Pathologie générale et pédiatrique

مركز علاج داء الزرق
Centre du glaucome

OCT: (RNFL et CCG)

Champ visuel automatisé

Ultrasound Biomicroscopy (Ubm)

Rétinographie non mydriatique

Gonioscopie

Pachymétrie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgies des glaucomes

Angiographie numérisée

Echographie A et B

Microscopie spéculaire

اقامة الوازيس-شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammedia . Tél: 05 23 31 03 75/78

Email: dr.leila.naciri@gmail.com - Urgence: 05 23 32 90 02/03

194,30
178,90

144,10

517,30

IBRAHIMI Mohamed

AZARGA COLLYRE

1 GOUTTE DEUX FOIS PAR JOUR

TRAITEMENT POUR LES DEUX YEUX

A RENOUVELER

MONOPROST COLLYRE

1 GOUTTE PAR JOUR LE SOIR

TRAITEMENT POUR LES DEUX YEUX

A RENOUVELER

VISMED COLLYRE

1 GOUTTE

TRAITEMENT POUR LES DEUX YEUX

A RENOUVELER

FLUCON COLLYRE

1 GOUTTE 2/JOUR 1 MOIS

TRAITEMENT POUR L'OEIL GAUCHE

6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

118001 072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zouhair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 144,10

VISMED

اختصاصية في أمراض وجراحة العين
الدكتورة ليلى الناصري
IBRAHIMI Mohamed V
Patente : 394.000.63
Ince: 002070676000026
INPE : 091196519