

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

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

ntaire :

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° M21-0033086

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

88836

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0947

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MALTOF EL HONCINE

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Ste Jeanne BB My Boncharb Ru 25 93

Tél : 0562370042

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. RAZIK ABDALLAH

Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
712, Bd. Aba Chouaib Doukali Idrissi 1
Tél.: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
INP: 094119354
CE: 001700021000027

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2021

Nom et prénom du malade : MALTOF EL HONCINE

Age: 73 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

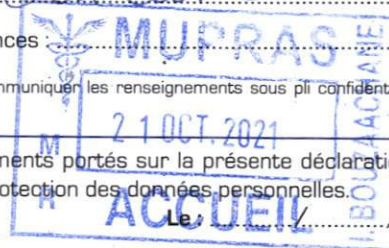
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

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
	OS		200	Dr. RAZIK ABDALLAH Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux 112, Bd. Aba Ghouais, Boukhalil Iorissir 1 Tél.: 05 22 25 56 98 - 05 22 85 18 18 - Casa I.C.E. N° 119354

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KOUTOU Distributeur de produits pharmaceutiques Cité Diamba - Casablanca INPE: 92836904	10/10/21	82,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

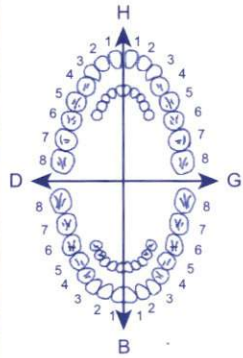
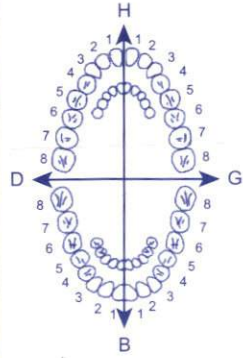
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسية I

Dr. Razik Abdallah

Spécialiste Maladies et
Chirurgie des Yeux

Ex. Médecin des F.A.R.

Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août

Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK



الدكتور عبد الله رازق

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة الجلالة - العدسة - طنبسيون -

الحول - مسالك الدموع - فحص وراديو الشبكة -

علاج الشبكة المصابة بالكسري بالليزر

تصحيح قصر البصر

فحص لرخصة القيادة

لا تغير تاريخ الفحص

Casablanca, le:

12/10/2021

MALTOF El Houcine

FRAKIDEX
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 28,80 DHS
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/عباءة H8188
FAB/ تاريخ الإنتاج 07-2020
EXP/ تاريخ الانتهاء 08-2022

FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine)

goutte, 2 fois par jour,

ARTELAC (Hypromellose à 0,32%)

goutte, 4 fois/j, dans les deux yeux, pendant 7 jours



Dr. KAZIK ABD-LLAH
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
712, Bd. Aba Chouaib Doukali Idrissi 1
Tél.: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
INP: 094119354
ICF: 001700021000027

☐ Examen Complémentaire :

الرجو الاتصال أو التواصل عبر الواتساب الرقم التالي : 0677.31.15.73

589 شارع أبا شعب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسية I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98