

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 - Tel : 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° W21-675007

97804

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3571 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouk'ia Boucharb

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SAADIA 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, communiqué des 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-675007

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES.

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
				Coefficient des travaux																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Date du devis
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

OULET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-405977	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-405977

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 03571	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Boukria Boucharib	
Fonction :	Retraité	Phones	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	Mme Boukria Saadha
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	69 ans
Nature de la maladie		Date	18/12/2021
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Affection oculaire			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cs		-	250,00
PHARMACIE		Date	18/12/21
Montant de la facture		129,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	22/12/21
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
3000 ghs			

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العصابات اللاصقة

18 décembre 2021

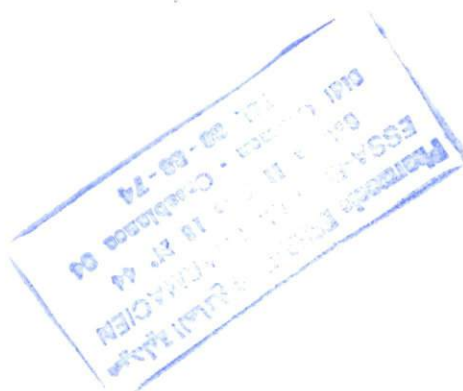
Mme BOURKIA Saadia

OZODROP COLLYRE

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



Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Apt 1 Salmia 2
Casa - Tél : 0522 57 00 55



OZODROP® SOLUTION OPHTALMIQUE

Protectrice et Lubrifiante

8 ml

OZODROP® est une solution ophtalmique lubrifiante, protectrice, hydratante et apaisante de la surface oculaire, à base d'hypromellose, de liposomes et d'huile végétale ozonée utile:

- pour encourager les processus de réparation après un stress chirurgical ou traumatique;
- dans le traitement des symptômes liés aux maladies inflammatoires, aussi d'origine infectieuse;
- dans le traitement de la sécheresse oculaire, même en présence d'une irritation causée par les conditions environnementales ou le stress mécanique, comme l'adaptation des lentilles de contact.

La présence d'huile végétale et de liposomes aide à stabiliser la phase lipidique du film lacrymal, réduisant l'évaporation de la phase aqueuse et assurant un soulagement immédiat.

L'huile végétale utilisée est ozonisée et donc autoconservée, rendue plus biodisponible et bio tolérable par l'insertion des liposomes à l'intérieur.

Indications

OZODROP® est indiquée:

pour la lubrification et la protection de la cornée avant et après les interventions chirurgicales; en cas de traumatismes oculaires; après le port de lentilles de contact; en cas de modifications de la surface oculaire dues à l'instabilité de la cornée; chez les patients souffrant d'infections oculaires récurrentes. La solution est également indiquée dans le traitement des symptômes liés aux maladies inflammatoires, aussi d'origine infectieuse.

Mode d'emploi

Agitez le flacon avant utilisation.

Instiller une ou deux gouttes dans chaque œil, une ou plusieurs fois par jour ou selon l'avis du médecin.

Le produit peut être utilisé avec des lentilles de contact portées.



Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة السالمية كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العدسات اللاصقة

18 décembre 2021

Mme BOURKIA Saadia

**Monture + verres correcteurs progressifs à adaptation facile
Organiques Antireflets, Amincis**

VL : OD = +2.75 (-1.50 à 80)

OG = +3.00 (-2.00 à 75)

VP : ODG = Add : + 3.00



Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane, Appartement 1 Salmia 2
Casablanca - Tel : 0522 57 00

AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0001988

Docteur : ESSalime Karima
Mr. : Boukia Saadia

Nomenclature :

Montures : $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL} \text{ } \underline{\text{optique}} \text{ } 500, \checkmark \\ \text{VP} \text{ } \end{array} \right.$

Type de verres : Dynaflex

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 80° Cyl : -1,50 Sph : +2,75 1250 \checkmark

OG : Axe : 75° Cyl : -2,00 Sph : +3,00 1250 \checkmark

* VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

Add : +3,00

ODU

= 3000 \checkmark

Total : Twissmile fls

Date : 02 / 12 / 21

