

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-666166

97321



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BOUJLIL Jilali

Date de naissance :

1965

Adresse :

Lot Nour Rue N°8 Hay Hassani
C.P 20830 Casab

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRARIFI Maha
Ophtalmologiste
Gr. Prof Addoha Dar Essalam
Tel. 05 22 21 338

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE 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
17 Nov 2021	a	2500	INP	<i>DR M. L. J. A. D. M. D. 17/11/2021</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PILOTAGE ASNL Dr. Samir N. H. H. ANOUANE Lot 100001 N°GL Hav Has 001 Lyon 69100 Tel 05 2 30 00	17/11/21	8 83,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 2553412 21433552 00000000 00000000 D 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

Dr IRAQI Maha

Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse.

Diplômé d'Oeil et médecine interne
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقى مها

طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الاستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le

17 novembre 2021

Latanoprost Timolol

XALACOM COLLYRE 2,5 ML

P.P.V : 107 DH 60

Laboratoires
Pfizer S.A.

LATANOPROST
COLLYRE 2,5 ML
P.P.V : 107 DH 60

Laboratoires
Pfizer S.A.

Mr. BOUJLIL JILLALI

107,60 X 5

1/ XALACOM COLLYRE (5)



1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 5 Mois

95,20 X 3

2/ XOLA Collyre



1 Goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux

89 - 20

XALACOM COLLYRE 2,5 ML
P.P.V : 107 DH 60

Latanoprost
Pfizer S.A.

XALACOM COLLYRE 2,5 ML
P.P.V : 107 DH 60

Laboratoires
Pfizer S.A.

Collure en solution

Exp: 08 22

P.P.V: 95 DH 20

Exp: 08 23

P.P.V: 95 DH 20

Exp: 02 23

P.P.V: 95 DH 20

حى. دار السلام، شارع أم الريـع - طريق الرحـمة عمـارة 44، شـقة 8، حـي الـألفـة

PHARMACEUTICAL
DAR ESSALAM
ROUTE ARRACHMA
IMM. 44
TÉL: 05 23 33 00