

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

- 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° W19-585615

(98759)

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3727 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAMM Idriss MOHAMAD
Date de naissance : 01/10/1956
Adresse : Casablanca
Tél. : 0561159847 Total des frais engagés : 1229,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/06/2024
Nom et prénom du malade : Foutai Benjelloun AZIZA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : consultation ophtalmologie
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 : Casablanca Le : 14/06/2024

Signature de 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
14/06/2021	S		3005	
16/06/2021	Cont rôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Aoud Bd Bourdeaux - Casablanca Tél: 05 22 26 49 40	14/06/21	1167,60
Pharmacie El Aoud Bd Bourdeaux - Casablanca Tél: 05 22 26 49 40	16/06/21	77,12
Pharmacie El Aoud Bd Bourdeaux - Casablanca Tél: 05 22 26 49 40	19/06/21	1931,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

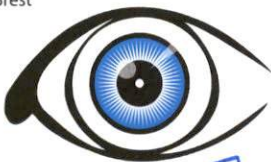
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : **19 juin 2021**

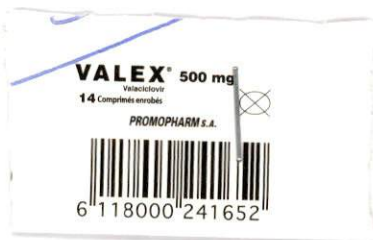
Mme TOUMI BENJELLOUN Aziza

1/ PHYLARM

Lavage oculaire fréquent, dans les deux yeux

2/ VALEX CP

1cp 2 fois par jour, pendant 8 jours



3/ OPTIVE FUSION

1 goutte 6 fois par jour, dans les deux yeux

4/ DEXAFREE COLLYRE

puis 1 goutte '4 fois par jour pendant 2 jours

puis 1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours

puis 1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours, dans l'œil droit

5/ Gel larmes

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 8 jours



DR. ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de Casablanca
Ex médecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétinienues
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكية العين

اللاز - فحص القرنية

14 juin 2021

Mme TOUIMI BENJELLOUN Aziza

1/ PHYLARM

Lavage oculaire fréquent, pendant 8 jours

2/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, pendant 5 jours

3/ FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

1 app 3 fois par jour, pendant 8 jours

4/ OPTIVE FUSION

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, p



Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



ملتنقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulai Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com : البريد الإلكتروني



Casablanca le : 16 juin 2021

Mme TOUIMI BENJELLOUN Aziza

1/ DEXAFREE COLLYRE



puis 1 goutte 4 fois par jour pendant 5 , dans l'œil droit



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.

ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com : البريد الإلكتروني