

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- N° 003524

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279 Société : ND 117704
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANBRY FATIMA, Ep. BENDANNA
 Date de naissance : 1955
 Adresse : 1 Rue AIN AGHBALE, HY SALAT, CASABLANCA
 Tél. : 0662555641 Total des frais engagés : 834,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casa - Tél : 0522 57 00 55
 Date de consultation : 01 / 06 / 2022
 Nom et prénom du malade : Anbry Fatima Ep. Bendanna Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 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) :

Le : 06 / 06 / 2022

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 l'accomplissement des Actes
01/06/2022	C3	216,00		Dr. ESSALIME KARIMA Ophtalmologue 146 Bd Joulana Apt 1 Salmia 2 CASA - Tél : 0522 57 00 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie SOFIA
Mme. Benhabib Ep. Stach
214, Boulevard Ibnou Sina
Casablanca - Tél.: 05 22 36 01 64

1/6/22

586.20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

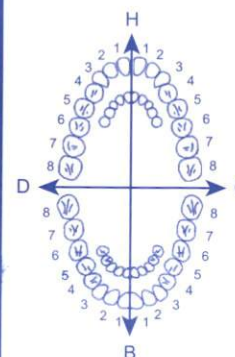
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

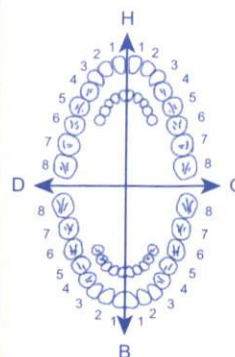
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

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

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



الدكتورة السالم كريمة
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العندبات اللاصقة

PPV 126.70 DH

01 juin 2022

Mme ANBRY Fatima Ep Bendanna

COSOPT: COLLYRE [Qte : 2]

1 goutte 2 fois / jour; 8h & 20h, dans l'œil droit, pendant 2 Mois

LUMIXA COLLYRE [Qte : 2]

1gtt 4 fois par jour pdt 2 mois, dans l'œil droit, pendar

LIPOSIC GEL [Qte : 1]

1 goutte le soir, dans l'œil droit

LUMIXA
P.P.C : 149Dh

80A
Gari
Cast

FB VISION spa
Via San Giovanni Scialfa
San Benedetto del Tronto (AP)

8 051160 700141

FB VISION

isodi.
isotoniq.

LUMIXA

P.P.C. : 149Dh



8 051160 700141

FB VISION spa
Via G. Cesare, 10
San Benedetto del Tronto (AP)

FBVISION

Dr. ESSALIME KARI
Ophtalmologue
146, Bd. Jouliand Appt 1 S
Casa - Tél: 22 57

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LOT U031803 1
EXP 07 2023
PPV 126.10 DH

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg- Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60
146, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمة 2، الهاتف : 05 22 57 00 55