

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° M21- 073694

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4598

Société : RAM

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDDEN HASSAN

Date de naissance : 25/10/1960

Adresse : Bolog F 15 Dénoua

Tél : 0664315278 Total des frais engagés : 725,80200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELBAKKAL RACH
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : EL MOUDDEN HASSAN Age :

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 : Casablanca


Le : 31/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

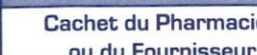
Casablanca - Tél.

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
16/5/22	CS		80000 D.H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/5/22	775,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

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	00000000	G
	35533411	11433553	
	B		

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		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

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Medecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

امراض الشبكية

ORDONNANCE

31 mai 2022

Mr. EL-MOUDDEN Hassan

CARTEOL LP 2%: collyre

1 goutte par jour, le matin à 8h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

6 BOITES

CELLUVISC COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

6 BOITES

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidosé



6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

PPV: 84,90 DHS



AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

ZENITH PHARMA

Collyre 3ml

CARTEOL L.P. 2%

LOT/عبار

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

02-2021

05-2023

06-2021

08-2021

09-2021

10-2021

11-2021

12-2021

01-2022

02-2022

03-2022

04-2022

05-2022

06-2022

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidosé



6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبار

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

02-2021

05-2023

06-2021

08-2021

09-2021

10-2021

11-2021

12-2021

01-2022

02-2022

03-2022

04-2022

05-2022

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidosé



6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidosé



6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidosé



6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidosé



6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40