

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-706870

120130

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 254 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LARNRISSI B.R.I.KA

Date de naissance : 19/10

Adresse : JAMILA 3 RUE 16 N°16, C.D

Tél. : 06 68 15 43 52 Total des frais engagés : 531 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 19 15
INPE : 091140186

Date de consultation : 18/10

Nom et prénom du malade : LARNRISSI B.R.I.KA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Opacités de la cornée

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>(Grenade) KAMMOUS Fatima Zahra Lotissement Izduhar Bloc "B" N°10 - Bouskoura 092079896</p>	18/05/2022	531,30

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

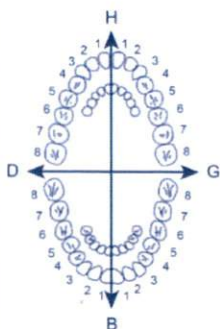
[illegible]

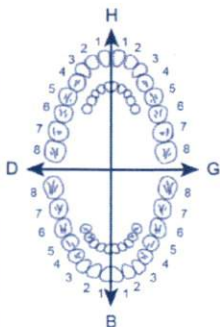
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant LARABISS

18.05.22

99,00

• PHYLARM
1 Rinçage 2 fois par jour

24,60

• FRAKIDEX Collyre
1 goutte 4 fois par jour

58,00

• INDOCOLLYRE
1 goutte 4 fois par jour

45,90

• CILOXAN Collyre
1 goutte 4 fois par jour

25,90

• MYDRIATICUM Collyre
1 goutte 4 fois par jour

126,10

• COSOPT Collyre
1 goutte 2 fois par jour

22,40

• MAXIDROL Pommade
1 Application 2 fois par jour

39,00 x2

• COMPRESSES OPHTALMO STERILES

51,40

• CATEX CP 250 MG
1cp 2 fois par jour pendant 5 jours

T = 531,30 DH

Urgence 24/24

Traitement de 1

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

PHARMACIE IZDIHAR

Dr. KAM
Lot
Bloc B

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 161 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
ppv : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

Dr. J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 25 71 71 (S.O.) - Fax : 0522 25 71 72
INPE : 09117

LOT U031803 1
EXP 07 2023
PPV 126.10 DH

LOT 212109
EXP 02/24
PPV 510H40

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - IF : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805

MYDRIATICUM 0,5%

Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH

6 118001 070428

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA

FRAKIDEX
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 24,60 DHS
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/عبار: H8392
FAB/تاريخ الإنتاج: 09-2020
EXP/تاريخ الانتهاء: 08-2022

INDOCOLLYRE 0.1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبار: H7555
FAB/تاريخ الإنتاج: 09-2021
EXP/تاريخ الانتهاء: 02-2023

6118001270088

PPV : 58,00 DHS

RDV ds 1 mois