

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 rééducation.
- 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

- Reclamation : 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° W21-690498

1,122,02

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TAOUZER MOHAMED

Date de naissance :

27-02-1942

Adresse :

TAMARIS ANFA 1 Ville 138

DARBOUZZA

Tél. 0651928149

Total des frais engagés :

1261 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. HAJI ABDELGHAFER
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Oum Raba Res. ALFirdous
Im. L.30 - 2ème Etage
Casablanca 914 111

Date de consultation :

04/07/2022

Nom et prénom du malade :

TAOUZER Med

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Glaucomes + ne-fach + cataracte

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 :

04 07 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
04/07/22			2500h	INPE OPHTALMOLOGISTE Bd. Omm Babieres - 2ème Etage Imm. 20 - Casablanca Quifa 20 - 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ocean Bay Dr. Fouad Filali Aoual Tél: 0664 290 390 INPE: 092103340	04.07.22	1011.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

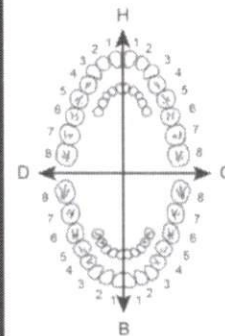
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

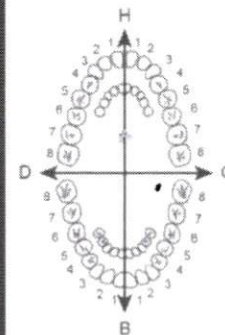
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطباعة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Casa le : **04 Juillet 2022**

Mr. TAOUZER Mohamed

SV

زولامول®

Xolamol®

Lot: Y K 0 2 3 2

Fab: 0 9 2 1

Exp: 0 9 2 3

P.P.V : 110 DH 70

Exp: 0 9 2 3

P.P.V : 110 DH 70

Fab: 0 9 2 1

Exp: 0 9 2 3

P.P.V : 110 DH 70

Fab: 0 9 2 1

Exp: 0 9 2 3

P.P.V : 110 DH 70

Fab: 0 9 2 1

Exp: 0 9 2 3

P.P.V : 110 DH 70

Exp: 0 9 2 3

Xolamol®

Lot: Y K 0 2 3 2

Fab: 0 9 2 1

Exp: 0 9 2 3

P.P.V : 110 DH 70

Fab: 0 9 2 1

Exp: 0 9 2 3

P.P.V : 110 DH 70

1/ XOLAMOL: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pdt 6 mois

2/ PHYLMAR. LAVAGE

1 goutte 3 à 6 fois / jour

3/ TOBREX: COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour pdt 10 jours



HER MEDIC
PPC
9910 DHS

OPHTALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus
Imm. L30 - 2ème Etage
Oulfa - Casablanca

LOT 2019
EXP 04 2023
PPV 26 40

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 41 11