

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° W21-684092

1.26315

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 343 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARIF MOHAMED
 Date de naissance : 01/01/40
 Adresse : 157, Rue HIMOSA - HAY ERRAHA - Casablanca
 Tél. : 0663254631 Total des frais engagés : 956,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/07/2022
 Nom et prénom du malade : ARIF MOHAMED
 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 : 22/07/2022

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
22/07/22			300,00	INP : 09116984

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/07/22	656,00

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	

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	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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

الهاتف : 22-7-0222

ARIF Mohamed

41.00 x 16
gel larmes Cener N°8
656,00
1 gte x 3 / x 8 ms

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

6"118001"100 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube Distribué par COOPER PHA 41, rue Mohamed Diouri, Cas. Pharmacien Responsable Mme Amina DAOUDI PPV : 41.00 DH

PHARMACIE DE L'ANNONCIATION
Mme LA MINIA BRIGITTE
72 Bis, Bd. Sidi Abderrahmane
Tél. 39.09.34

Dr. LAOUCI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel/fax. 05 22 99 46 00

Le 22/07/2012

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:
Certifie que Mlle, Mme, M :	ARIF NOMANED
Présente	un syndrome de ombre
Nécessitant un traitement d'une durée de:	une
Dont ci-joint l'ordonnance:	gelbeins
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sis à 76 Boulevard Koutoubia
Rabat - Tél: 05 22 99 46 00