

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 Aïali Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïali 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° W19-550191

132341

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5960 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FAIKI ABDELKARIM
 Date de naissance : 11/02/1962
 Adresse : 34, Rue 17 SEVILIA (1) Hay Hassan
 Tél. : 0674683935 Total des frais engagés : 376 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellatif ZIOUTI
OPHTALMOLOGISTE
FERRARA II, Rue 62 n° 1 - 1er étage
Hay Hassan - Casablanca
Tél. 05 22 89 88 22

Date de consultation : 07/09/22
 Nom et prénom du malade : FAIKI ABDELKARIM
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Conjonctivite
 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 : 07/09/22 Le : 07/09/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

MUPRAS
06 OCT. 2022
ACCIDENT
H. HAKANI

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
01/09/22		5	2007	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAKIM CASABLANCA DOCTEUR BOUCHRA ALAOUH 100, Rue de la Liberté 64/16, Lot. S. 100 Oulfa Casa - Tél.: 0522 90 71 60	01/09/22	116.00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

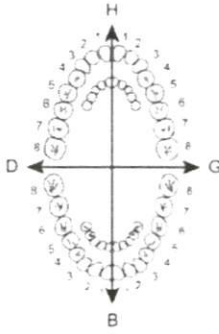
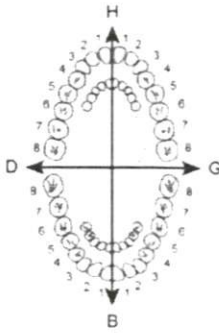
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>0.5533412</td> <td>0.433552</td> </tr> <tr> <td>0.0000000</td> <td>0.0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0.0000000</td> <td>0.0000000</td> </tr> <tr> <td>3.5533411</td> <td>1.433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> </td> </tr> </table>		H		0.5533412	0.433552	0.0000000	0.0000000	D	G	0.0000000	0.0000000	3.5533411	1.433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	0.5533412	0.433552																
	0.0000000	0.0000000																
	D	G																
	0.0000000	0.0000000																
	3.5533411	1.433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELLATIF ZIOUTI

SPÉCIALISTE DES MALAIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT

LASER - ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Firrar 2, rue 62 n° 1, 1^{er} étage

Hay Hassani - Casablanca

Tél. 0522 89 88 22

الدكتور عبد اللطيف زيتوي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون (الجلالة)

طب الحول - عدسة الإتصال

الليزر - أنجيوجرافي

عضو الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

فرارة 2, زنقة 62 رقم 1 - الطابق الأول

الحي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 88 22



Casablanca, le 07/9/22 في الدار البيضاء،

Fai Ki asdu l'agis

58.00/2

In clo (Collyre)



116.00

INDOCOLLYRE 0.1% LOT/ عيار H7555
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 09-2021
ZENITH PHARMA EXPI/ تاريخ الانتهاء 02-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1% LOT/ عيار H7555
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 09-2021
ZENITH PHARMA EXPI/ تاريخ الانتهاء 02-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

Dr. Abdellatif ZIOUTI
OPHTALMOLOGISTE
Ferrara II, Rue 62 n° 1 - 1^{er} étage
Hay Hassani - Casablanca
Tél. 05 22 89 88 22

معتمد لتسليم شهادة السيادة

Agree pour délivrer le certificat de conduite