

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° P19- 046933

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZITOUNI HALLOUL

Date de naissance : 21/01/1955

Adresse : HAY AZZAHRA Passage HALIMA SÂDIA N° 11
BERREKIDJ

Tél. : 06 044 778 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/03/2023

Nom et prénom du malade : HALLOUL Zitouni 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 : Le :/...../.....

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
20 MARS 2023	1c/s	1c/s	250,00 DH	Dr. Med V. El Mansour Centre B App. n° 3 - 1er étage Berrechid - Tél : 0522.51.75.39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL OUM 52, Boulevard AL Houria Tél : 0222 32 41 16 - B. Berrechid 06 100051 - Pat N 40707188 - CNSS 22479	27/03/2023	2500,00 170,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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

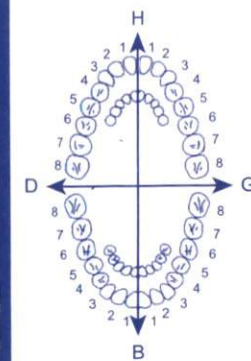
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 أغسطس بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالليزر . تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

Pharmacie AL OUM
11111 BERRADA Jihano
Pharmacienn
52. Boulevard AL Houria
Tél.: 0222 32 41 76 - Berrechid

20 mars 2023

Mr. HALLOUL Zitouni

Dr. REZKI SIRINE

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

Dr. Rezki Sirine
52, Bd Yacoub El Mansour
1er Etage, Entrée B - Appt N°5 - Berrechid
Tél: 0522.51.75.39

VL : OD = + 1.00 (- 1.75 à 90°)

OG = + 1.00 (- 1.75 à 95°)

VP : ODG = Add : + 2.50

INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux

LOTEMAX

1 gouttes 4 fois/jour pendant 5 jours

1 gouttes 3 fois/jour pendant 5 jours

1 gouttes 2 fois/jour pendant 10 jours

1 gouttes 1 fois/jour pendant 15 jours , dans l'œil gauche

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39 / Whatsapp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com

Tableau A (Liste I)

جدول (أقامة I)

Distribué au Maroc par Zenith Pharma

AMM Maroc N°: 60/20/DMP/21/NRQDNM

PPV = 112,50 DHS

LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

Bausch & Lomb علامة تجارية مسجلة لشركة Bausch & Lomb Incorporated أو الشركات التابعة لها.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated أو الشركات التابعة لها.

OPTICONTACT
Opticien Optométriste
55, Bis Rue Média Berrechid
Tél: 0522 32 41 76
40707 188-CNSS 224

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°: 55/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088

PPV : 58,00 DHS

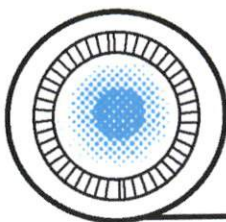
LOT/ LOTI
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
02-2024

H8619

38-2022

02-2024

optic



ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 1943/23

Berrechid, le

27/03/2023

Client : M. HALLOUL Zitouni

Code	Description	Total
431	R vision très mauvaise	1000
431	synops photographique/mc	1000
	monture	500
	<i>Remise</i>	2000
	OD +1,00 (-1,75 à 90°)	2000
	OG +1,00 (-1,75 à 90°)	
	OPTIC CONTACT Opticien Khalid Admy 57 Bis Rue Médina Berrechid Te 0522 32 41 44 IF 06 100051 - Pat N° 40707188 - C.N.S.S. 2244797	
Arrêtée la présente facture à la Somme de :		
<i>Donnée en la Cas</i>		