

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 canalaires, 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 canalaires.

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'Hayat
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

complément
Déclaration de Maladie
N° P19- 049828

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7169 Société : RAM 157139
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GHERMOUDI Amina
Date de naissance : 10/11/59
Adresse :
Tél. : 06 61 65 60 33 Total des frais engagés : 3104,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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 12/4/23

Signature de l'adhérent(e) :



EL ARCHI
 AHMED
 12216
 LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L
 'AVIATION
 CASABLANCA

Objet : Remboursement des frais medicaux (03/2023)

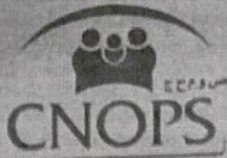
J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

- Un virement bancaire sur votre RIB n: 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N Recu	Date depot	Frais engages	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
79343006	22/02/2023	3104.1	UNE PAIRE DE VERRES DE LOIN	1,000.00	600	2040.58
			CONSULTATION SPECIALISTE	250.00	200	
			UNE MONTURE	800.00	600	
			PHARMACIE 75%	54.10	40.58	
			UNE PAIRE DE VERRES DE PRES	1,000.00	600	

Salutations mutualistes.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les
Affections de longue Durée

تأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مراجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 06 619157.02
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)
الاسم العائلي والشخصي: ELARCHI AHMED
رقم الانخراط: 31979110
N° Affiliation: 73113970110
رقم التسجيل: 8121239111
N° Immatriculation: 8121239111
رقم بطاقة التعريف الوطنية: 8121239111
N° CIN:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة):
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان: Lotissement LAIMOUNE1 B N°46 LISSABFA
CASABLANCA - MAROC

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 3104.10
عدد الوثائق المرفقة: DEUX (02)
Montant des frais (Dhs):
Nombre de pièces jointes:

تصريح الطبيب المعالج
Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins
الاسم العائلي والشخصي: ELARCHI AHMED
تاريخ الزيادة: 17/05/1955
Date de naissance:
رقم بطاقة التعريف الوطنية: 322239111
N° CIN:
الجنس: * Masculin ☒ ذكر Féminin ☐ أنثى
Sexe*:

تعريف الطبيب المعالج
Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
و مؤسسات العلاج
N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات
Type de soins
قبول المرض المزمن: Admission ALD* ☐ oui ☐ non
رقم ملف المرض المزمن: N° dossier ALD* ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
رقم المرض المزمن: Code ALD: ☐ ☐ ☐ ☐
تم تقديم الظرف المغلق: Soins ambulatoires* ☐ *علاجات خارجية
Pli confidentiel remis* ☐ oui ☐ non
تاريخ الاستشفاء: Date d'hospitalisation: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Hospitalisation* ☐ *استشفاء

حرر ب: CASABLANCA
في: 20/02/2013
Fait à:
Le:
توقيع المؤمن(ة)
Signature de l'assuré(e)
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

حرر ب: 18/02/2013
في: 18/02/2013
Fait à:
Le:
أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج
ou du médecin traitant
ou de l'établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

يمنع منعاً باتاً بيع هذا المطبوع
La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات الحجرية

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

INP: _____

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية
إختصاصية في امراض و جراحة الميود
اللايزر

15 Février 2023

Casa le :

Mr. ELARCHI Ahmed

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 0.50 (- 0.75 à 80°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.75

54/10

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

PHARMACIE TILILA

Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoun - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 87 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 00156156000078 - IF: 40155060

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° :

N° 28157

Casablanca, le: 16/02/23

Mme / Mr: ELA2 CH'Ahmed

Dr:

VL

VP-Add

OD : +0.50 (-0.75 90°)

OD :

OG : +0.75 (-0.75 90°)

OG :

Monture

Verres

plastique

progressif 0.01 1.42

800,00 DH

200,00 DH

Total à payer: 280,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent DH

Cast DH

Akram Daali

Tel: 065032633

M-D OPTIC

Opticien Lunettier

63 Rue Rguibat Casablanca

Cachet et signature

Adresse: 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36
Capitale 100.000 - Patente: 35402703 - IF: 47232711 - RC: 6123
ICE: 002642590000069