

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'I
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
M23-010877

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BABA Mohamed
 Date de naissance : 15.11.1944
 Adresse : Hay oufa Rw 12 N°6 Casablanca
 Tél. : 05 22 85 66 Total des frais engagés : 527,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Rachid ZAFAD
 Oculiste
 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél. : 05 22 77 46 49 (LG)
 Fax : 05 22 35 00 01 - INPE : 091139790
 Date de consultation : 18/10/2023
 Nom et prénom du malade : Baba Mohamed Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H.V.
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18/12/23	C			Dr. Rachid ZAPAD Ophtalmologiste 532, Bd. Mohammed VI, Casablanca Tél. : 05 22 77 77 40 & 49 (L.G) Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 091139790

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Oubaidi Pharmacie en Pharmacie Av. Oued Sebou - El Oubaidi Casablanca Tél. : 05 22 80 83 45 Fax : 05 22 80 83 45	11/10/23	527,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

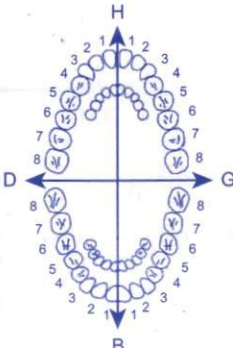
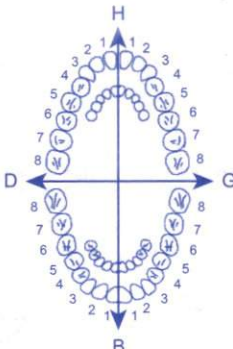
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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										
													
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		
H													
25533412 00000000	21433552 00000000												
G													
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> </div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE RETINE

Casablanca, le 18/10/2023

nom du patient : BABA Mohamed

1 gte x 8/j x 48h puis x 6/j x 48h

- TOBRADEX COLLYRE : 1 goutte 5 fois par jour pendant 1 semaine
1 goutte 4 fois par jour pendant 2 semaines
1 goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines
1 goutte 2 fois par jour pendant 2 semaines
1 goutte le soir pendant 2 semaines

35,70 x 2

SLV

25,90

++ ++

- MYDRIATICUM : 1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours

- Spectrum COLLYRE : 1 goutte 4 fois par jour pendant 5 jours

(à remplacer par Cationorm Collyre ou IEN Collyre)

- Cationorm COLLYRE UD : 1 goutte 3 fois par jour pendant 2 mois

178,00

x 2

22,40

51,40

- MAXIDROL POMMADE : 1 application le soir pendant 5 jours

- SPECTRUM 250MG : 1 comprimé 2 fois par jour pendant 5 jours

- Rondelles oculaires : (3 jours à l'extérieur)

Navi Nacel : 1 gte x 4/j x 15j



NB : - Se présenter le lendemain matin après l'opération pour le contrôle

- Ne jamais arrêter le traitement sans avis médical

51,40