

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

- 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

M23-0023363

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENAÏSSA AHMED
 Date de naissance : 01/04/1943
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 06 71 92 70 04 Total des frais engagés : 933,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid ZAFAD
Ophthalmologiste
 Cachet du médecin : 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
 Fax : 05 22 25 00 01 - I
 Date de consultation : 30/10/2023
 Nom et prénom du malade : Ahmed Benaïssa Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : MEA + cat OD
 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 : Casablanca Le : 30/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
30/10/23	cf	G		

Pharmacie Morsac

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
93, Lot Bouchara Route 1100 Sidi Madrouf-Casablanca Tél: 0522 22 19 29 Tél: 0522 22 19 29 Sidi Madrouf-Casablanca 93, Lot Bouchara Route 1100 Pharmacie Morsac	30/10/2023	933,90

092043710

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

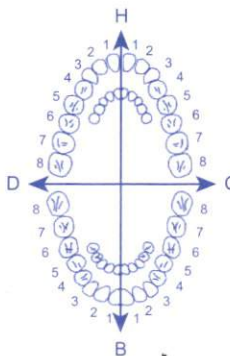
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

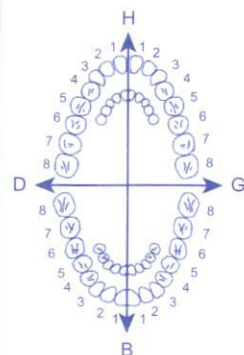
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

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



ORDONNANCE RETINE

Casablanca, le 30/10/2013

Nom et prénom du patient : B. NAISSA ALMAGD

35,70 x 3



- 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

33,40

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

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

- 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)

219,00 x 3

22,40

51,40

31,50 x 2

T = 933,40

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique
Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique
Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0922 32 19 29

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

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

- Ne jamais arrêter le traitement sans avis médical

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH
406836 MA

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH
406836 MA

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH
406836 MA

LOT: A020480
PER: 07-2025
PPV: 33,00 DH

PPC 219,00 DH

PPC 219,00 DH

PPC 219,00 DH

6 118001 070404
Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxirol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS
406805

51,40

30/10
Au 10/10
Après
risque
la date

carte
de 1000