

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

M22- N° 002201

188889

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ELIMAM ELAAOUI Fatima
 Date de naissance : 01.06.1947
 Adresse : 236 Bd N°1 V. ASA
 Tél. : 0688841836 Total des frais engagés :Dhs
 whatsapp

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 : ELIMAM ALAAOUI LALA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : FATIM

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 : 24 / 12 / 2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/2023	626,00

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	
	21/12/2023					2200000

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 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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



DOUSKATI ABDELLATIF

Opticien - Optometriste

Facture: 0004278 Date: 21/12/2023

Mr: ELEMA ALAOU FATHIMA

Docteur: M. M. BENKIRANE

Types des Verres : 08 m 3 Len

PROS BRESSITS

Monture (s) : OPTI'FLEX 800 mm

* Vision de Loin :

OD Axe Cyl Sph -2.25 700 mm

OD Axe 100 Cyl -0.75 Sph 700 mm

* Vision de Prés :

OD Axe Cyl Sph

OD Axe Cyl Sph

Add: +4

Montant: 2200 mm

DOUSKATI ABDELLATIF
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Av. Nil Mabrouka Sidi Othmane
Casa Tél: 07 62 43 08 05

12 Av Nil Mabrouka Sidi Othmane Casa- Tél: 07 62 43 08 05

ICE: 002067947000086 - IF: 25210599 - RC: 454054

TP: 32700116 - PATENTE: 25210599 - INPE: 065051245

Docteur M. M. BENKIRANE

Diplômé de la Faculté de
Montpellier
Maladies et Chirurgie des Yeux
Membre de la Société Française
d'Ophtalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél.: { C.: 05 22 22 15 41
C.: 05 22 20 10 15 }



الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمونبيلي
أمراض وجراحة العيون
عضو للجمعية
الفرنسية لأمراض العيون
1، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء
الهاتف: عيادة: { 05 22 22 15 41
05 22 20 10 15 }

Casablanca, le :

5 / 12 / 2023

EL JUAN ALYUUL FATIMA

2 yeux

VL

00 - 0,25

00 (100 - 0,75)

VP



+ 4

54,10 x 1 = 216,40

- Lenny Bule cy sur
4 x 1

- Lenny Bule cy sur
4 x 1

178,100 x 2 =
356,00

Cationame (cy)

18,50 x 2 = 37,00

Sophal (cy)

16,60

626,00

Sophal (cy)

Sophal (cy)

Sophal (cy)

DOUSKATI ABDELLATIF
OPTIC-EN-OPTOMETRISTE
12, Av. Nil Mabrouka Sidi Othmane
Casa - Tél.: 07 62 43 08 05

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loubna
Lotissement M. Sidi Othmane Lot. n° 39
Rue 25 Mars 2002 Casablanca
Tél.: 05 22 22 22 22

Docteur BENKIRANE M.
Ophtalmologue
Tél.: 05 22 22 15 41
05 22 20 10 15

EL IMAM EL ALAOUTI 3230

LARMABAK 0.9% Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH	LARMABAK 0.9% Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH	LARMABAK 0.9% Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH	LARMABAK 0.9% Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH
			
118001 100651	118001 100651	118001 100651	118001 100651

Cationorm® Multi Emulsion Ophtalmique PPC 178,00 DH	Cationorm® Multi Emulsion Ophtalmique PPC 178,00 DH
--	--

OT 232092 EXP 07 2025 PV 18,50	OT 232092 EXP 07 2025 PV 18,50
--------------------------------------	--------------------------------------

Systral® Crème PPV 16DH60 EXP 02/2027 LOT 100672
--

al 16 001
Principal