

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'El-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
M23-008098

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH
 Date de naissance : 20/03/04
 Adresse : Lotissement EL Khaznassi 6, Imm 11, Appt N° 5
 CASA BLANCA
 Tél. : 06 76 39 20 51 Total des frais engagés : 1689,10 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29/02/2024
 Nom et prénom du malade : AIT BASSOU SALAH
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 25/03/2024
 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
29/09/24		5	800	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.05/03/2024	1389,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

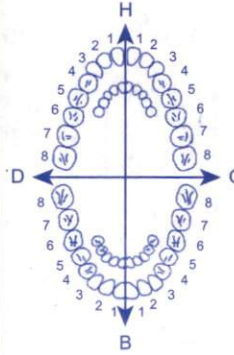
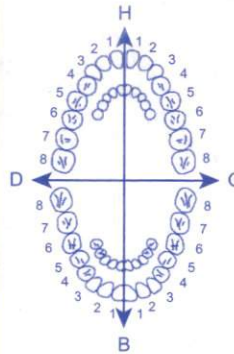
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pr. Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux

الأستاذ عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري وداء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE

29 février 2024

Mr AIT BASSOU Salah

1/ AZARGA: collyre $\times 3 = 582,90$

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

2/ ALLERGO-COMOD: collyre $\times 3 = 173,70$

1 gouttes 2 fois par jour, , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

3/ TANAKAN cp $\times 9 = 632,50$

1 CP X 3/J, pendant 3 Mois

صيدلية فلوريدا
PHARMACIE FLORIDA
Dr. Ziad Mounia
Lotissement Florida, Lot. 281
Bordj Bouakrouf - Casa
Tél: 021 10 522 32 19 59

أ. شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
CLINIQUE AL MADINA
مصلحة المدينة
* Dr. CHAKIB Abderrahim *
Professeur - Ophtalmologiste

71,30
LOT 2 2013
PER 08/20

Titulaire de l'AMM au Maroc:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura-Moroc

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ

Nom et adresse du fabricant :
Alcon Consumer
Rue de l'Industrie
Alcon Ocul. S.A. Cami Fabri 58
08020 El Masnou, Barcelone, Espagne

71,30
LOT 2 2013
PER 08/20

Titulaire de l'AMM au Maroc:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura-Moroc

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DH © 2011, 2015 Novartis 449272 MA

AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ

Nom et adresse du fabricant :
Alcon Consumer
Rue de l'Industrie
Alcon Ocul. S.A. Cami Fabri 58
08020 El Masnou, Barcelone, Espagne

71,30
LOT 2 2013
PER 08/20

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
TANAKAN 40MG
CP PELL B30
P.P.V : 66,70 DH

6 118000 011545

STERIPHARMA
AMM: 60/2020 DMP/MAJ
PPV : 57,90 DH
A utiliser avant: / Lot II
012020
306559

Titulaire de l'AMM au Maroc:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura-Moroc

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DH © 2011, 2015 Novartis 449272 MA

AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ

Nom et adresse du fabricant :
Alcon Consumer
Rue de l'Industrie
Alcon Ocul. S.A. Cami Fabri 58
08020 El Masnou, Barcelone, Espagne

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
TANAKAN 40MG
CP PELL B30
P.P.V : 66,70 DH

6 118000 011545

STERIPHARMA
AMM: 60/2020 DMP/MAJ
PPV : 57,90 DH
A utiliser avant: / Lot n°
012020
306360

TANAKAN 40MG
CP ENR B30
P.P.V : 71DH30

6 118000 011545

STERIPHARMA
AMM: 60/2020 DMP/MAJ
PPV : 57,90 DH
A utiliser avant: / Lot n°
012020
306559

71,30
LOT 2 2013
PER 08/20

71,30
LOT 2 2013
PER 08/20

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 7703 / 2024 du 29/02/2024

Nom patient **AIT BASSOU SALAH**
PAYANT

Entrée 29/02/2024
Sortie 29/02/2024

CONSULTATION - CHAKI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		50.00	50.00
			Sous-Total	50.00
Total Clinique				50.00

PR. CHAKIB ABDERRAHIM (ophtalmologue)	1.00		250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total Autres prestations				250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

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