

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

- Reclamation : 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

N° W19-410942

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1346

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAHYANE AHMED

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : RESIDENCE WAFAB

WIAM EL OULFA

Tél : 0662 812582

Total des frais engagés :

IMM 25 Apt 7
CASABLANCA

1830,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

26 SEPT 2019

ALAHYANE AHMED

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

BAVOD

22 OCT. 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

26 SEPT 2019 C.S. 4. f9 300,00 INP :

INPE 09 15 58 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire Date Montant de la Facture

PHARMACIE RESPIRE ANNAIM
Droit au Pharmacie
4, Résidence Annaim - Oufra
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca
26/09/19 1530,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien 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

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25523412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433253
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز طب وجراحة العيون
(القدس كاليفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

le jeudi 26 septembre 2019

Monsieur ALAHYANE Ahmed

255,100 x 6

Duotrav Traitement de 6 mois
1 goutte le soir dans les 2 yeux

Ne pas arreter le traitement sans avis médical

A renouveler

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
SILVANO GUERRAOTT
Docteur en Pharmacie
4, Residence Anaim - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Tel : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search, Google Maps et Google Plus



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391

