

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0030605

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08176

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : B. CHA JILALI

Date de naissance : 19-09-1962

Adresse : N°46 HAY AL MAAMOURA SECTEUR 5 TEMARA

Tél. : 0666 2611 12

Total des frais engagés :

157,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2024

Nom et prénom du malade : B. CHA JILALI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : TEMARA

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAHIA 107 Av. Moulay El Massira 1 Temara INPE 102013893 Tel. 0537 605 210	02/04/24	155

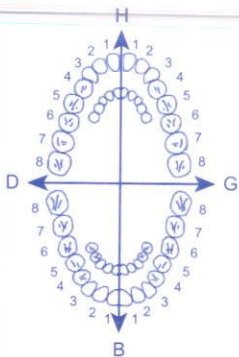
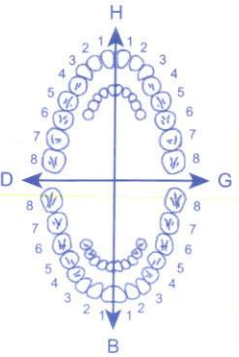
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																										
					MONTANTS DES SOINS																																									
						DEBUT D'EXECUTION																																								
							FIN D'EXECUTION																																							
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> B </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> MONTANTS DES SOINS </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="10"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> DATE DU DEVIS </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="10"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"> DATE DE L'EXECUTION </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553		B				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS											DATE DU DEVIS											DATE DE L'EXECUTION									
	H 25533412 21433552 00000000 00000000			G 00000000 00000000 35533411 11433553																																										
	B																																													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Ophtalmologie

Dr. ARAQI Houssaini Fatima zahra

Ophtalmologiste

Ex. Attachée à l'hôpital Militaire

Mohammed V – Rabat

Ex. Attachée au CHU 20 Août. service

d'ophtalmologie pédiatrique – Casablanca



عيادة طب وجراحة العيون

الدكتورة عراقي حسيني فاطمة الزهراء

أخصائية في طب وجراحة العيون

طبيبة ملحقة سابقا بالمستشفى العسكري

محمد الخامس الرباط

طبيبة ملحقة بالمستشفى الجامعي 20 غشت

قسم طب العيون الاطفال الدار البيضاء

تémara, le 02/04/2024 في

Mr BICHA Jilali

1/ THEALOSE

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

PHARMACIE BAHIA
107 Av. Moulay Idriss 1, Massira 1 Témara
INPE 102013893
Tel 0537 605 210



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SCOTHEMA
B.P N°1, 27152 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH



ARAQI Houssaini Fatima Zahra
Ophtalmologiste
242, Bd. Moulay Idriss 1, 2ème Etage
App. 7, Massira 1 - Témara
Tél: 05 37 61 81 61

242, شارع مولاي إدريس الأول، المسيرة 1، الطابق الثاني الشقة 7، (أمام المقاطعة الثانية) تémara، الهاتف : 05 37 61 81 61

242, Bd. Moulay Idriss 1, Massira 1, 2ème Etage, App. 7, (en face de 2ème Arrondissement) Témara, Tél. : 05 37 61 81 61, E-mail: araqi.oph@gmail.com