

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Omnipraticien 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.

Prothèse 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.n.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0030410

ND: 30432

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00739 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUJRADA Ahmed

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : SALMIA 2 Rue 1 IMN 75 APT 1 CAA

Tél. 0666349769 Total des frais engagés : 947,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146 Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casa - Tél : 0522 57 00 55

Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : Boujrada Ahmed Age : 78 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : CAS Le : 29/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

29/07/2020 Cs 250,00

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/2023	697,20 MAD

101

697, 20 MAD

[illegible][illegible]

10

[illegible]

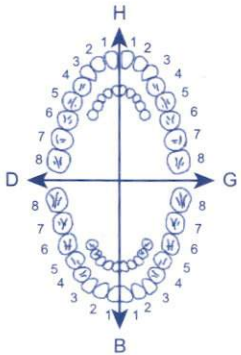
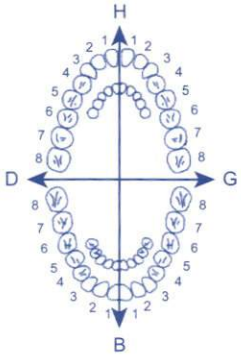
--	--	--

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 canaux, ainsi que le bilan

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
29/05/2020	Ce	210,00		Dr. ESSALIME KARIMA Ophthalmologue 146 Bd Joulane Immeuble N° 146 - Salmia 2 - Casablanca - Tel: 06 67 66 89 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BELLOUCH 146 Bd Joulane Immeuble N° 146 - Salmia 2 - Casablanca - Tel: 06 67 66 89 60	29/05/2020	697,20 MAD

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية والليزر
العدسات اللاصقة



DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Softhema Bouskoura
PPV: 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ



DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Softhema Bouskoura
PPV: 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

vendredi 29 mai 2020

Mr. BOUJRADA AHMED

DUOTRAV: COLLYRE [Qte : 2]

255,00 x 2

1 goutte le soir a 21h, les deux yeux, 2 Mois

HYLOCOMOD: COLLYRE [Qte : 1]

150,00

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

FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

37,20

1 gtt le soir, œil gauche, 8 jours



FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL
Tubulaire de 1 AMM au Maroc POLYMEDIC
BP 1877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
Softhema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophthalmologue
146 Bd Joulane Immeuble N° 146 - Salmia 2 - Casablanca - Tel: 06 67 66 89 60

697,20 MAD

Boulevard Joulane Immeuble N° 146, Appart 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca Tel : 06 67 66 89 60
05 22 57 00 55 : الهاتف : الساليمية 2، الطابق الأول - شقة رقم 1، عمارة رقم 146، شارع الجولان،

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العدسات اللاصقة



DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable A.
407392 M



DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407392 MA

vendredi 29 mai 2020

Mr. BOUJRADA AHMED

DUOTRAV: COLLYRE [Qte : 2]

1 goutte le soir a 21h, les deux yeux, 2 Mois

HYLOCOMOD: COLLYRE [Qte : 1]

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

FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

1 gtt le soir, œil gauche, 8 jours



255,00 x 2



150,00



37,20

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146 Bd Joulane, Appart 1 Salmia 2
Casa - Tél : 05 22 57 00 55

697,20