

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

- 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

N° W19-420443

87571

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5404 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : MEJBAR SAKINA

Date de naissance :

Adresse : 38 Rue de Asphodèle

Tél. : 06 61 45 64 68 Total des frais engagés : 180, = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Oueda Bencheikh
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi
Tél./Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

Date de consultation : 7.10.2021

Nom et prénom du malade : TAZI Jaouad Age :

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

Nature de la maladie : vice de Refractive

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 : Le : 7.10.2021

Signature de l'adhérent (e) :

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
07.10.21		(S + Fo)	350 DH	INF: 09102175 Professeur Ouass Benckroun Ophthalmologiste au Palais de Ghandi 22 36 37 08 25

Professeur Oussama Bencheikroun
Ophtalmologiste
Rés. du Palais 55 Ghandi
Tél/Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 18 36

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du FOURNISSEUR	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BACHKOV N°1087 RAC BACHKOV Tel 022 83 35 25 Voient PHARMACIEN QUALITE en pharmacie	07/10.21	83000

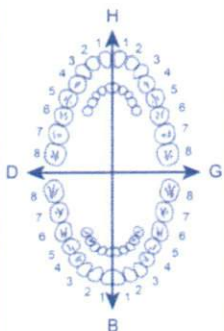
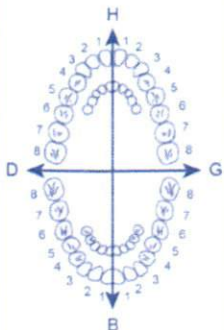
[illegible][illegible]

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	INP :														
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون
جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca , le 7-10-21 في الدار البيضاء

Tazi Jaouad

768.00

137 x 6

N° 6

Xalatan 0.1% 100µg

Sept le soc

68.00

Diclofedol 157

opte x9

PHARMACIE BACHAKROUN
Projet ERAS-BACHKOU N° 47 A 45
Madinat Tél. 022 83 35 45
AMRIT OUALIC
Tél. en Pharmacie

Professeur Ouafae Bencheikroun
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bg. Ghandi
Tél./Fax 052 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

DIclofedol 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV - 68.00 DH

6-118001-101948

Destiné par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed VI, Casablanca
Pharmacie Responsable : Amine DAOUDI

LOT/EXP.:
DW3178
DR1747
03/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DR7516
DP3430
02/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DR7516
DP3430
02/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DR7516
DP3430
02/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DJ8915
DJ3325
12/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DW3178
DR1747
03/2023
PPV 127DH00

RECEIVED
2023-03-14
14:00