

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



Déclaration de Maladie

M22- 0011954

147258

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2828 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHARRAZ Mahjoub

Date de naissance : 03.03.1946

Adresse : 5, Rue de la Guisane - Bld. Casablanca

Tél. : 0664562783 Total des frais engagés : 52900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Bandahan - Casablanca
Tél: 05 22 27 49 95

Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : KHARRAZ MAHJUBA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue

Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : 09/01/2023

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
09/04/2023	cs + FO	2	20000	Dr. DJEBEL AYDOUNI KARIM ALMOULAGISTE Bendouba 322/4995

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien PHARMACIE AL AMINE Thamim Moussaoui Pharmacien (Diplôme de l'Université de Bruxelles) Quartier Polo Rue de la 1^{ère} Division Tél : 0522 83 74 30 - Fax : 0522 83 61 36 Gsm : 0661 19 86 54 - Casablanca Patente : INPE 092003599	Date 09.01.23	Montant de la Facture 220,30

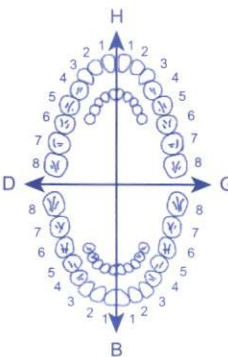
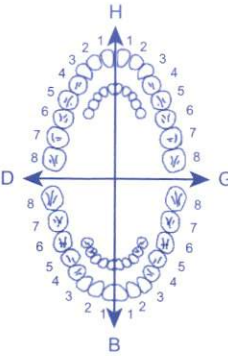
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX									
	H <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			D		G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	D	G												
	00000000	00000000												
	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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

أمراض وجراحة العيون

09 janvier 2023

Casablanca le : الدار البيضاء في

Mme KHARRAZ MAHJOUBA

54.10 x 3

LARMABAK COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 6
Mois

58.∞

INDOCOLLYRE



1 goutte matin et soir , dans l'œil droit, pendant 15 jours

BOISSONS ABONDANTES

T = 220.30

صيدلية الأمن
PHARMACIE AL AMNE
Thami MUSNAOUI
Pharmacien (Diplôme de l'Université Libre de Bruxelles)
1, Rue Golo, Quartier Polo - Polo,
Tél : 0522 83 75 30 - Fax : 0522 83 61 36
Gsm : 0661 19 86 54 - Casablanca
Patente : 36374945 - RC: 298138

Signature

7, زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف 0522.27.49.95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DHS



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DHS



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DHS



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عبار H8041
Collyre 5ml FAB/تاريخ الإنتاج 01-2022
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 06-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088 PPV : 58,00 DHS



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 09/01/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim	
OPHTALMOLOGISTE	
7, Rue Bandahan - Casablanca	
Tél: 05 22 27 49 95	
Je soussigné:	
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M: <u>M^{me} KHARRAZ MAHJOUBA</u>	
Présente <u>Syndrome sec -</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>À vie</u>	
Dont ci-joint l'ordonnance.....	
(A défaut noter le traitement prescrit) <u>Larmes artificielles</u>	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Bandahan - Casablanca
Tél: 05 22 27 49 95

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ rovalairmaroc.com