

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° W19-449746

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12277 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEN BELAID Dounia

Date de naissance : —

Adresse : Habituelle

Tél. : — Total des frais engagés : 494,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue L.oulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.93.69 / 06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.62 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 / 08 / 2019 Dounia

Nom et prénom du malade : Mme BENBELAID Age : 44ans

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

Nature de la maladie : Affection de culture

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 : Casablanca Le : 19 / 9 / 19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
08/08/19	C5+K10	-300 Dhs		INP : 91025551 Dr. Nadia BENNANI Ophtalmologue 61 Avenue Hassan 1er Tel : 06 22 20 60 15 / 06 64 77 37 67 Fax : 06 22 20 98 12 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SKIKEDJ ROUKIA 15-16 Rue Kerguelan Résidence Anbar Casablanca - Tel: 0522 79 79 01	08/08/19	1054,10

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia BENNANI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 08 août 2019

Mme BENBELAID Dounia



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

22,60
FLUCON: collyre

1 goutte 4 fois / jour pendant 3 jours puis 3 fois par jour durant
semaine puis 1 goutte matin et soir 1 semaine, les deux yeux

54,40
TOBRADEX : pommade



TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE
3.5G PPV: 54,40 DHS
Laboratoires Sothema, Bouskoura
A.D.S.P. Maroc N° 1562/DMP/21/NNP



6 118001 070602
69020-3 © 2007, 2014 Novartis

1 application le soir au coucher, les deux yeux
sur 2 la deuxième semaine

63,40
PHYSIO UNIDOSES (20 UNIDOSES)



nettoyer les yeux

LARMAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

54,10
LARMAK



1 goutte 2 à 4 fois par jour, les deux yeux
terminer le flacon

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIFEDJ Roukta
15 - 41, rue Kergomar
Résidence Ambal - Casablanca
Tel : 022 79 79 01