

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° W21-702745

1.36624

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 2267

Matricule : 2267 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUACHORIR SALAH

Date de naissance : 01/01/54

Adresse : 13 immeuble n° 8 la Perle 1

Tél. : 0663 64583 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2024

Nom et prénom du malade : El Bakari Maliko Age : 70

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 : BORDJ Le : 06/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

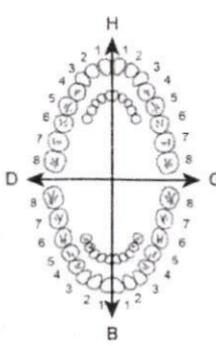
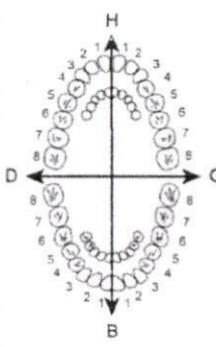
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
06 JAN. 2024		Actes	279,00 D.	Dr. B. V. et Yacoub Diplo. n° 5 Oncologue Enfants B. Appl. n° 5 Berrechid - Tél. : 084184723

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAJAH SANTE BOUKENTER NAJAH 156 Bd Mohammed V Berrechid GSM: 05 22 33 7400 N° 062044607	le 06/04/2024	169,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Carton et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/01/2024					450,000

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
	[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

OPTICIEN
OPTOMETRISTE
RC 14689
Patente 55801503
IF 48582141
ICE 002717090000058



N° 56 LOTISSEMENT KHADIJA 02

DEROUA BERRECHID

GSM : +212 (0) 6 69 34 95 83

GSM : +212 (0) 6 68 58 75 87

GSM : +212 (0) 6 61 87 08 49

Email : AMGOPTIQUE@hotmail.com

Facture n°

0033 / 2024

DATE :

22/01/2024

Docteur:

REZKI SIRINE
EL BAKORI MALIKA

Clinet:

DÉSIGNATION		PRIX
MONTURE	PLASTIQUE	500,00
VERRES	organique progressif traité	4000,00
VL	OD : -0,75 (-1,25 à 10°) OG : -0,75 (-1,50 à 175°) ADD :	
VP	OD : OG :	
PRIX TOTAL		4500,00 HT

ARRÊTÉ LE PRÉSENT DEVIS À LA SOMME DE:

Quatre Mille cinq cent dix



Espec

NAABAN 4,9%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH

6 118001 101184

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

FRAKIDEX
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/ رقم الدفعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء

H9593
03-2023
02-2023

6118001270118

PPV : 24,60 DHS

66672

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
PPV : 41,00 DH

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

Dr. REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse
Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser
Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 أغسطس بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالصدى، تصحيح البصر بالليزر

تصوير الأنوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، فحص الشبكية



06 janvier 2024

Mme EL BAKORI Malika

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = - 0.75 (- 1.25 à 10°)

OG = - 0.75 (- 1.50 à 175°)

VP : ODG = Add : + 2.25

NAABAK COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte 4 fois pendant 7 j
1 goutte 3 fois pendant 7 j
1 goutte 2 fois pendant 7 j
1 goutte 1 fois pendant 7 j

, dans les deux yeux

GEL LARMES

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

PHARMACIE MAJID
BOULEVARD EL MANSOUR
156 BP Berrechid
GSM: 05 22 51 75 39

Dr. REZKI SIRINE
Ophtalmologiste
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour
Entrée B Appt N° 5 - 1er étage
Berrechid - Tél: 0522.51.75.39

زواية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39/Whatsapp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com