

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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

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° P19- 064367

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : 46042

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MR Berrini Mohamed

Date de naissance : 17/05/1970

Adresse : 47 Gustave El Mouflob

Tél. : 066124134 Total des frais engagés : 345,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 09/11/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
25, Bd. Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

04/11/2022

Montant de la facture
345,63

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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

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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zouhair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH
AMM Maroc N° 496/17 DMF/21/NNP
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BD N°1 27182 Rouskoura, Maroc

6 118001 0
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103GMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

الدكتور
zouhairi

ALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Lauréat de la faculté de médecine Bordeaux II
Titulaire de C.E.S. de biologie humaine
Ancien interne des hôpitaux de France



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بوردو II - فرنسا
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des glaucomes
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification
Chirurgie vitréo-rétinienne

مركز علاج داء الزرق Centre du glaucome

OCT : Tomographie par
cohérence optique

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Compass

Angiographie numérisée

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECF

Chirurgies des glaucomes

UBM : Echographie à haute
fréquence

Échographies A et B

Microcopie spéculaire

20/10/2020

IBRAHIMI Mohamed

COSOPT 1 GOUTTE 2 PAR JOUR
TRAITEMENT POUR LES DEUX YEUX

MONOPROST 1 GOUTTE PAR JOUR LE SOIR
TRAITEMENT POUR LES DEUX YEUX

VISMED 1 GOUTTE 2/JOUR
TRAITEMENT POUR LES DEUX YEUX

FLUCON 1 GOUTTE 2/JOUR OG

A RENOUVELER

إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammedia. Tél. : 05 23 31 03 75 / 78

E-mail : ophtalmologies@gmail.com - Urgences : 05 23 32 90 02 / 03

Patente : 394 033 03
ICE : 001624127000040

