

# 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 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

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

N° P19- 056367

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538 Société : 23877

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DE ROUSCHATIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06000 2626 Total des frais engagés : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-485953

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DEROUICH Atika

Date de naissance : 1.01.55

Adresse :

Tél. : 06 40 24 26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/02/2020

Nom et prénom du malade : DEROUICH ATIKA Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-485953

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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

| 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 |
| 11-02-20                       | C.S.              |                       | 222.00DH                        | INP : 061235559                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                   |          |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                      | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie MA PERLA<br>Dr. Meryem F. CHI Ep. JOUINE<br>Perles de Nouaceur Imt. 14 N°<br>Tél : 05 22 53 79 68 | 11-02-20 | 170,00                |
|                                                                                                             |          |                       |
|                                                                                                             |          |                       |
|                                                                                                             |          |                       |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
| Important :<br>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 : <input type="text"/>                                                                                                                                                            |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |             |                                                                                                                                                                                       | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  |
|                                                                                                                             | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552         |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553         |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                                                                                                                     |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -  
Lentilles de Contact



**الدكتورة رشا البقال**  
طبيب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة كلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

## ORDONNANCE

11.02.20

Dr. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila, Makhoulouf N°2  
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11

Atte

170,00  
Confocal shield C  
1 gte x 4 jrs

Pharmacie MA PERLA  
Dr. Meryem PYACHÉ Ép. ZOUINE  
Perles de Nourdeur Impt. 14 N°  
Tél: 05 22 53 79 68

Dr. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila, Makhoulouf N°2  
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11



Ophtalmo services  
ppc 170.00 dh

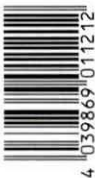


## Augentropfen Eye Drops

10 ml Hylan A fluid, 0.15 %

Schutz fürs Auge  
Ohne Konservierungsstoffe

Protection for the eye  
Preservative-free



4 039869 011212

Comfort Shield MDS ist nach  
Anbruch 180 Tage haltbar

Comfort Shield MDS can be used  
for 180 days after opening.

Comfort Shield MDS peut être  
utilisé pendant 180 jours après  
ouverture

يمكن استخدامها لمدة 180 يوما  
بعد فتح العبوة.

**Comfort Shield®  
MDS®**

i.com medical GmbH  
Kallerstr. 15, 81241  
München, Deutschland



CE 0483

2°C  25°C

STERILE A