

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0000918

163838

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5718 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MADDAGI el KHALIL  
Date de naissance : 27/02/1967  
Adresse : 67 BLAD ARSID N°41, DAR SUARZA CASABLANCA  
Tél. : 0661336957 Total des frais engagés : #430,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2023  
Nom et prénom du malade : ABLAH BERRADA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Correction optique  
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 : 23/05/2023

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                                                                            |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 MAI 2023     | C.SI              |                       | 2500H                           | Dr. N. RIAH<br>Ophtalmologue<br>Boulevard de l'Indépendance, 2 <sup>e</sup> étage,<br>B.P. 93 Dar Bouazza - Casablanca<br>INPE: 091174706 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

ICE: 001638886000023

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                          | Date     | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DAR BOUAZZA<br>ZAHOUHI AMINA<br>Dar Bouazza Ouled Jerrar<br>BP. 93 Dar Bouazza<br>Tel: 05 22 29 01 74 | 23/05/23 | 180,60                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                                                             | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| PHARMACIE DAR BOUAZZA<br>ZAHOUHI AMINA<br>Dar Bouazza Ouled Jerrar<br>BP. 93 Dar Bouazza<br>Tel: 05 22 29 01 74 |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

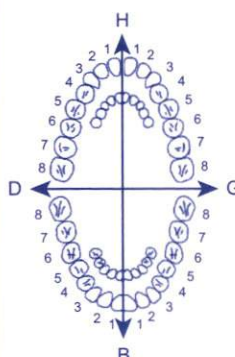
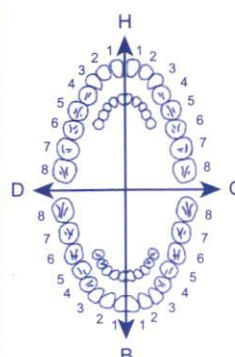
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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                              |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|----------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                          | 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<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                                        |                                              | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 21433552         |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00000000         |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | G                |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00000000         |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 11433553         |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                          |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                              |
|                                                                                      | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          | 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

Docteur N. RIAH



الدكتورة ن. رياح

Ophthalmologiste (Adultes et Enfants)

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France

Ancienne résidente à l'Hopital 20 Août

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

إختصاصية في الطب و جراحة العيون (صغار و كبار)

داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي

بوانت أيتو - فرنسا

طبيبة مقيمة سابقة بمستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة بفرنسا

Casablanca, le :

23 Mar 2023

Mme R. R. R.

Abdelhak



Hygeal

23 Mar 2023

Tanger

PHARMACIE DAR BOUAZZA  
ZAHZOUHI AMINA  
Dar Bouazza Ouled Jerrar  
BP.93 Dar Bouazza  
Tél : 05 22 29 01 74



إقامة حبيبة, رقم 78, الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - اللفة - الدار البيضاء  
Résidence Habiba, Numéro 78, 2 ème étage, Boulevard El haj fateh - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 13 49