

# 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

M22- 0045308

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BELCAIDA/NAJAT  
Nom & Prénom : KHIRZOU LAHCEN 206300  
Date de naissance : 1960-1-1  
Adresse : SIDI MAAROUF N°957121 ALCAIR  
Tél. : 0664062290 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2024  
Nom et prénom du malade : BELCAIDA NAJAT Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 16/05/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

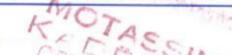
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**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
13/05/24	G		3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DAOUJS 38, Lot 41 Ohmanita Sidi El Casablanca - Tel : 0522 22 22 22</p>	13/05/24	625,80

[illegible]

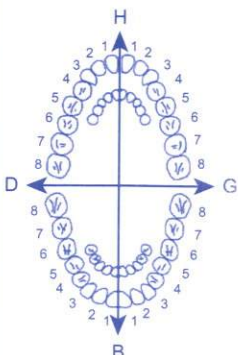
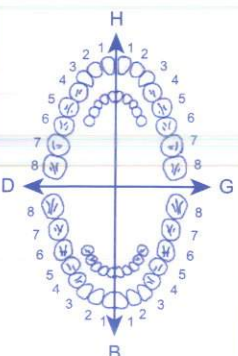
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IV	
	16 05 2024				3400,00

## 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										
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							
							FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D ————— G												
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										

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

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de  
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et  
pathologies rétiniennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين  
بباريس - فرنسا

ORDONNANCE

13 mai 2024

Mme BELCAIDA NAJAT

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.50 (- 0.75 à 120°)

OG = + 1.25 (- 0.75 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.75

DR. BOUZIANE Imane  
Ophthalmologiste  
Panorama Office, Immeuble 13, 1er  
étage, Bureau 2, Bd Abou Bakr El  
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

MOTASIM SIHAM  
KADIR OPTIQUE  
OPTICIENNE - OPTOMETRIE  
402, Av. Abdellah Serouj Delsta 1  
Tél 0522 58 15 86 - 0522 80 18 36  
Casablanca

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665

# KADER OPTIQUE

N°005735

OPTICIENNE-OPTOMETRIE

CNSS : 23561145

404 ; Av abdellah senhaji

RC : 20 47 88

Idrissia 1-Casablanca

ICE : 01823017000027

Tele : 05 22 28 70 73

INPE : 095004081

FAX : 05 22 80 18 36

IF : 02520198

PATENTE : 33664052

DATE : 16/05/2024

MME BELCAIDA Najat

Désignation	Qte	PriX uni	Valeur	TVA
UNE MONTURE	1	1000	1000	20.0
OD:VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET PROGRESSIF	1	1200	1200	20.0
OG:VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET PROGRESSIF	1	1200	1200	20.0
CORRECTION :				
VL: OD:+1.50(-0.75A120°)				
OG:+1.25(-0.75A90°)				
ADD=ODG:+2.75				
1TOTAL	3		3400.00	

TOTAL HT	TOTAL TVA	TOTAL TTC	A COMPTE	A PAYER
2833.33	566.67	3400.00	3400.00	0.00

Dr. Imane BOUZIANE

Ophtalmologiste

Lauréate de la faculté de  
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et  
pathologies rétinienne de Paris



مان بوزيان

بون

صيدلة بالدار البيضاء

أض شبكية العين

LOT: A23D14  
PROD: 04/2023  
EXP: 04/2026

ORDONNANCE

13 mai 2024

Mme BELCAIDA NAJAT

OPATANOL: COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, p

HYE COLLYRE

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

LCA CONTOURS DES YEUX

une application le soir, pendant 1 Mois

6 118001 0  
Laboratoires Soti  
Opatanol 4mg/ml col  
Flacon de 5ml  
AMM Maroc N°96R  
PPV : 84.80 DH

LOT 0191223  
2025 12  
109,00  
PPC  
DHS

LOT 0191223  
2025 12  
109,00  
PPC  
DHS

PHARMACIE DAOUSSI  
Docteur A. Kadiri  
38, Lot Al Mahania Sidi Maarouf  
Casablanca

Dr. BOUZIANE Imane  
Ophtalmologiste  
IMM 13, 1<sup>er</sup>  
étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El  
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665