

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0011404**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 487

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAIL BENALLAH

Date de naissance :

Adresse : HAY OULFA D.R. RUE ISA N° 22 CASAB.

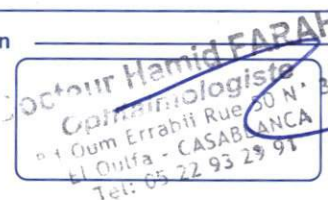
Tél. :

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 :

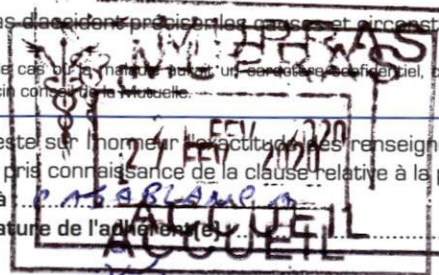
Dans le cas où la maladie ou l'accident est d'ordre confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.

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 : 11/10/2020

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
10/12/20				Docteur Hamid ZEKRI Ophtalmologiste Bd Oum Enabill Rue 50 N° 3 El Oulfa CASABLANCA Tel: 05 22 93 29 91

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 222, Bd. Oued Molouya - El Oulfa Casablanca - Tél: 05 22 93 29 91	10/12/20	49,90
PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 222, Bd. Oued Molouya - El Oulfa Casablanca - Tél: 05 22 93 29 91	10/12/20	262,10

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				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

**Docteur . Hamid FARAH**

**Ophtalmologiste**



**الدكتور . حميد فراح**

**أخصائي أمراض و جراحة العيون**

**Spécialiste de la Chirurgie**

**et des Maladies des Yeux**

**Cataracte - Glaucome - Strabisme**

**Voies Lacrymales - Angiographie**

**Laser - Lentilles de Contact...**

**Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT**

**Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef**

**جلالة - ضغط العين - الحول**

**مسالك الدموع - انجيوكرافيا**

**الليزر - العدسات الاصقة**

**جراحة عيوب البصر**

**طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت**

**طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف**

**Casablanca, Le**

**10.2.20**

**الدار البيضاء في**

**Bonjour Monsieur,**

**27.53**

**- ICI coll. op**

**1/6 uq, 107.**

**PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd. Oued Molouya - El Oulfa  
Casablanca / Tel 06 22 93 31 13**

**22.40**

**- Max del p<sup>te</sup> op**

**1/6 uq, 107.**

**T=49.90**

**Docteur Hamid FARAH  
Ophtalmologiste  
- 1 Oum Errabii Rue 50 N° 3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tel: 05 22 93 29 91**

**Bd OUM Errabii - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91**

**شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91**

PPV : 27 DH 50



6 281200 000395

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g

A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI

PPV : 22,40 DHS

406805



**ORDONNANCE**

Casablanca, le : ..... 11 / 2 / 2010 .....

Mr/Mme ..... *Boumedine Mr BAKER* .....51.40  
**• SPECTRUM 250 mg :**

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

29.40  
**CHIBRO-CADRON COLLYRE :**

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

\* **• TOBRADEX POMMADE :**

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

144.10  
**• VISMED MULTI**

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil pendant 6 semaines.

37.20  
**• SERUM PHYSIOLOGIQUE :**

Un lavage le matin dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

**• RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES**

LOT 190980  
EXP 05/2022  
PPV 51.40DH

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



A.M.M. Maroc  
N° 116 DM/21/NCV  
Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

**P.P.C: 144.10**

**ZENITH Pharma**

**PPC : 37,20 DH**