

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-538590

ND: 28414

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04387

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BOUAGAD

NABIS

Date de naissance :

HABITUELLE

Adresse :

Tél. 0669232544

Total des frais engagés :

366,-

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars Résidence Walid Imm A N°6  
Tél. 0522 86 05 57/0522 86 05 55 Casablanca

Date de consultation :

28.05.2020

Nom et prénom du malade :

BOUAGAD BOUAGAD

Age :

35

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

28.05.2020

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-538590

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 :

OPHTALMO

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



| 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   |
| 18.07.2017                     | Consultation      | 1                     | 2500A                           | INP: 051023514<br>Dr. ALMOLOUCHE Mohamed<br>Avenue 2 Mars, Résidence Idriss<br>0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 |
| 22.07.2017                     | Spécialité C2     | 2                     |                                 |  |

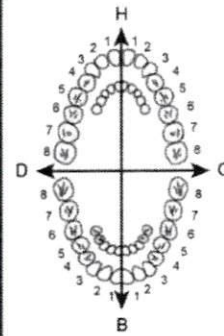
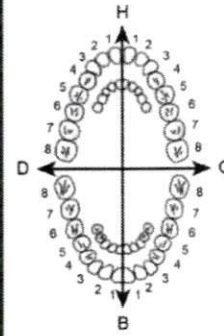
| EXECUTION DES ORDONNANCES  |         |                       |
|--|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
| PHARMACIE MERIEUX<br>31, Boulevard de la République<br>0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 | 2017/10 | 366,00 OK             |

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |   |             |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins                                  | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|    |   |   |             | 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. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <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  |   |             |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |   |   |             | 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 |             |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mme BOUAYAD Zoubida**

**NAABAK 4.9% : collyre**



NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouli,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

8 موع 1 goutte 3 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

**XAILIN HA**



1 Gtte x 4 par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

311. Bd. Abdelmoumen Casa  
Tél: 05 22 86 05 70  
Docteur en Pharmacie  
Nouredine IBA  
PHARMACIE MERIEUX

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
96 Avenue 2 Mars Residence WALILI Imm. A N°6  
Tél 0522 86 05 57/0522 86 05 58 - Casablanca

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

Casablanca, le **28/05/2020**