

# **COMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **Consignes 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.

## **Biologie 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- 062845

ND- 36026

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4158 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HARRI AMINA EP. GANTAR

Date de naissance : 15/01/56

Adresse : habituelle

Tél. : 0522947915 Total des frais engagés : 400+653,90 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. DJEBLI EL AYEDJ Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
7, Rue Bandahan - Casablanca  
Tél. 022 27 49 95

Date de consultation : 03/08/2020

Nom et prénom du malade : M. GANTAR AMINA 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 : 03/08/2020

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
03/08/2020	CS + FO	U304	4000	Dr: DJEDLI EL YASSOUNI Karim OPHTALMOLOGISTE 7, Rue Bandjoun - Casablanca Tel: 022.27.49.95

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE OULMES RAKI HAKIMA GLE BD GHANDI ET EL MANSOUR 360806	04/08/2020	653,90 DH

# 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
		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 canalaires, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim - الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
à Marseille

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

أمراض وجراحة العيون

CHIBRO-CADRON

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

Casablanca le : 03 août 2020

لدار البيضاء في



A.M.M. Maroc  
N° 116 DMP/21/NCV  
Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27162  
Bouskoura - MAROC

Mme GANTAR Amina

CHIBRO-CADRON COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 21 jours

DICLOCED COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 21 jours

VISMED COLLYRE 10ML

1 goutte 3 à 6 gouttes par jour et à la demande, dans les deux yeux,  
pendant 1 Mois

THEALOSE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1  
Mois

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
7, Rue Bendaoud - Casablanca  
Tel: 0522.27.49.95

PHARMACIE OULMES  
LAKAKI HAKIMA  
ANGLE 00 GHANDI ET  
YEL MANSOUR 360906

0522.27.49.95 - دار البيضاء - زنقة بن دحان 7

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

PPC : 147.00 DH

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 152.00

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 152.00