

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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° P19-0031762

ND: 39426

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 330 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mina Jabline Enousbi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0653266680 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/02/2020

Nom et prénom du malade : JABLINE MINA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sécheresse 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 : 04/02/2020

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
04/02/2020	16. Consultation	200dh		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

15/07/2020 Contrôle pharm  
15/07/2020 482.00

# 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

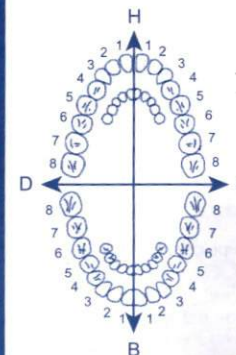
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

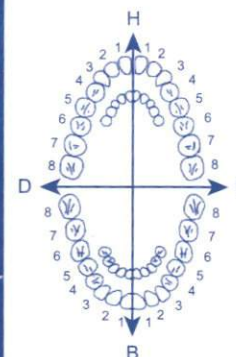
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



**Dr Ilyas CHAFIK**

**Spécialiste en Ophtalmologie**

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
- Diplômé de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO)
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO)
- Membre de la Société Européenne de Chirurgie réfractive et de Cataracte (ESCRS)



**الدكتور إلياس شفيق**

- أخصائي في طب و جراحة العيون
- خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- خريج بجامعة بريطانية الغربية
- عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
- عضو بالجمعية الأوروبية لجراحة المياه البيضاء و تصحيح النظر

**Casablanca, le 15 juillet 2020**

**Mme JABLINE Mina**

44.40  
**1/ CELLUVISC COLLYRE ( N:4)**

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

76.10  
**2/ CORNEROGEL (N:4)**

1 application 2 fois par jour , dans les deux yeux



091236760



**Corneregel Gel ophta 10g**  
ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

**Corneregel Gel ophta 10g**  
ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

**Corneregel Gel ophta 10g**  
ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

**Corneregel Gel ophta 10g**  
ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



6 118001 251414

PPV: 44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



6 118001 030095

PPV: 44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



6 118001 251414

PPV: 44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



6 118001 030095

PPV: 44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR