

## 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.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-539728

44677 ANA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 846 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELRHATI ALAOUI H. 20/11/1973  
 Date de naissance : 20/11/1973  
 Adresse : 5 rue YOUSSEF EL KHALIL Casablanca  
 Tél. : 0666 766 119 Total des frais engagés : #576,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Maryem LAMRANI  
 OPHTALMOLOGISTE  
 38, bd El Messira El Khadra - Casablanca  
 Tél. : 05 22 94 20 44 - 05 22 94 20 47  
 Date de consultation : 17/01/2020  
 Nom et prénom du malade : BELCHATEL  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée  
 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 : Casablanca Le : 13/01/2020  
 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
17-08-2025	cs + ks	1	350,00	Docteur Maryem LAMRANI OPHTALMOLOGISTE 38, bd El Massira El Khadra - Casablanca Tél : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALALIA Dr BENCHEKROUN DRIS 03, Bd. Massira El Khadra Tél: 05 22 23 79 28 - Casablanca	17/08/25	226,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

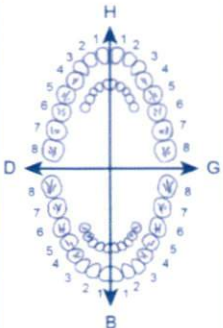
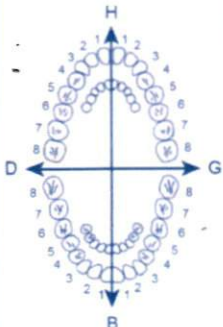
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41,00 DH

الدكتورة مريم العمرا

مخصصة في طب وجراحة العيون خربة

Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris

PVC  
68,00

BELGHITI Spuad

Instiller dans l'œil droit,

17,00  
ZYLET

1 goutte 2 fois par jour pendant 10 jours

68,00  
VITADROP

1 goutte 4 fois par jour pendant 30 jours

41,00  
GELLARMES

1 goutte 2 fois par jour pendant 60 jours

PHARMACIE AL ALIA  
Dr BENCHEKROUN Driss  
83, Bd. Massira El Khadra  
Tél: 05 22 23 79 28 - Cas

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél: 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

Etalonne de lotéprednol  
0.5% et Tobramycine 0.3%  
collyre en suspension  
إيتابونول  
0.5% و  
توبراميسين 0.3%  
محلول للعين

BAUSCH+LOMB

1 ml contient:  
**PRINCIPES ACTIFS:** Etalonne de lotéprednol  
5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)  
**EXCIPIENTS:** Edétate disodique, glycérine,  
povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure  
de benzalkonium 0.01%.  
Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium  
pouvant être ajouté pour ajuster le pH.  
**يحتوي كل مل على:**  
**مواد فعالة:** إيتابونول اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)  
و توبراميسين 3 مغ (0.3%)  
السواغات: إديتات ثنائي الصوديوم، غليسرين،  
بوفيدون، ماء مطهر، بيلوكسابول، و كلوريد  
البنزلكونيوم 0.01 ٪. يمكن إضافة حمض  
السلفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل  
ال pH.

**Excipient à effet notoire:**  
Chlorure de benzalkonium.  
سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزلكونيوم.

**Tableau A (Liste I)** جدول أ (قائمة أ)

**POSOLOGIE:** Lire attentivement la notice intérieure.  
المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

**AGITER VIGOREUSEMENT** ترج القارورة بقوة  
**AVANT UTILISATION** قبل الاستعمال

**POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.**  
للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma  
PPV = 117,00 DH

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 20 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46 / 47

Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47