

## 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

- 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° W19-416162

54068

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05354 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHOUBAI FOUAD  
 Date de naissance : 08.05.1959  
 Adresse : Lot ELZOUBIR N° 209 Apt 2 OULFA CHA  
 Tél. : 0661664847 Total des frais engagés : 1685,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed BEN  
Ophtalmologiste

Date de consultation :

54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél. : 0522 22 40 22 / 0522 22

Nom et prénom du malade :

CHOUBAI FOUAD

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 : CAS

Le : 23 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

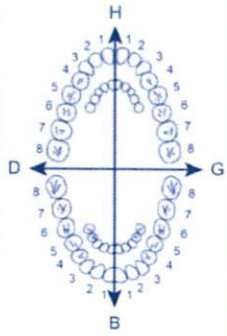
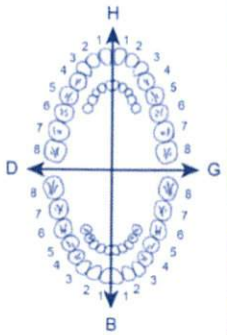


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23.12.20	C		302,00	INP : 09104471
				Docteur Mohamed BENNANI Ophthalmologiste 54, Bd Rachidi - Casablanca Tél: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALFA 12 Lot Zouhdi Casablanca Tél: 05 22 89 34 94	23/12/2020	1385,20

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	

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"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophthalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le 23 décembre 2020

**Mr. CHOUBAI Fouad**

164.20 x 30.492.60  
**COSOPT**

1 goutte, 2 fois par jour, œil gauche, 6 mois

230.00 x 30.690.00  
**TRAVATAN**

1 goutte, le soir, œil gauche, 6 mois

60.00 x 17.180.00  
**OXYAL**

1 goutte, 4 FOIS PAR JOUR EN CAS DE GENE 6 MOIS

22.60  
**FLUCON**

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

**Docteur Mohamed BENNANI**  
Ophthalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

LOT T009742 1  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH

LOT T020107 2  
EXP 02 2022  
PPV 164.20 DH

LOT T009742 1  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH

Donneur Médicament Bénéficiaire



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS



406151



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS



406151



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS



406151

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
60 00 DH

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
60 00 DH

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
60 00 DH



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS



Remboursable AMO  
406865



**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophthalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le 23/12/ 2020

**HONORAIRES :**

Mr. CHOUBAI Fouad

**Acte :** Consultation : C2.

**Montant :** 300 DHS ( TROIS CENTS DHS ).

DOCTEUR Mohamed Bennani

**Docteur Mohamed BENNANI**  
Ophthalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22