

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Prothèse 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)

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° M20- 0003707

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1689 Société : DAN (SF430)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL O FIR LATIF  
Date de naissance : 28/07/54  
Adresse : 12 RUE MAHMOUD TIMOUR (GANTHA)  
CASABLANCA  
Tél. : 0660541604 Total des frais engagés : 407,63 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 29/12/2020  
Nom et prénom du malade : El O fir Latif Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : affl. chronique  
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 : 15/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/12/2020      |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| 29/12/20                               | 29.1.63 |                       |
| 29/12/20                               | 116,00  |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date        | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-------------|------------------------------|------------------------|
| 29/12/20  | 092.017.201 |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

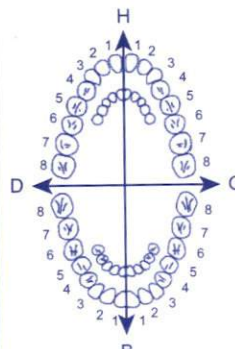
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 d

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |

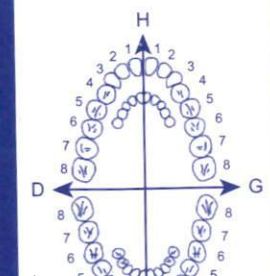
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# 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





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte  
par Phacoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

## الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca le : 29/12/2020

### SOINS POST- OPÉRATOIRES EL OFIR Latif

- 99,400
- 30,143
- 2x30,130
- 58,100
- 19,100
- 24,100
- 1 boîte **PHYLARM** Se laver les paupières avec compresse stérile matin et soir.
  - 1 boîtes **compresse stérile**
  - ICOMB** Collyre une goutte 5 fois par jour pendant une semaine puis une goutte 3 fois par jour pendant une semaine.  
Ce traitement doit être arrêté progressivement.
  - INDOCOLLYRE** 1 goutte 4 fois par jour pendant 2 mois.
  - DIAMOX 250 mg** 1 comprimé si douleur avec
  - sirop potassium KCL 1 cuillère.

Ce traitement ne doit pas être arrêté sans avis médical

### PRECAUTIONS :

- ne pas frotter l'œil opéré.
- ne pas faire d'efforts excessifs.
- En cas de larmoiement vous devez utiliser chaque fois un nouveau mouchoir en papier ( pas de mouchoir en tissu ) ou une nouvelle compresse stérile.

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.

صيدلية كميليا  
**PHARMACIE CAMELIA**  
Mme. EL HASSAN MOUNIA  
29, Rue Hassan Souktani  
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

Mb, 0

PHARMACIE  
Centre Commercial Marina Square  
Etage 2  
29/12/2020



7 33 39 39

PHYLLARM 10 mL boîte de 16

3 700288 600042

LOT 00502  
PER 2023-05

M0152 - 2017-06 - PN : 9301039/01

PPV 24DH60 EXP 06/2023  
LOT 04053 3

**POTASSIUM**  
LAPROPHAN®  
Sirop 125 ml

6 118000 031925

**Sirop 125 ml**

**Diamox® 250mg**  
24 Comprimés  
sécables

6 118000 013259

**INDOCOLLYRE® 0,1%**  
collyre en solution

**INDOCOLLYRE® 0,1%**  
collyre en solution

**INDOCOLLYRE® 0,1%**  
collyre en solution

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58.00 DHS  
AMM N°155/19/DMP/21/INRODMM

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58.00 DHS  
AMM N°155/19/DMP/21/INRODMM

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58.00 DHS  
AMM N°155/19/DMP/21/INRODMM

LOT 11-2019  
FAB/ع: 11-2019  
EXP/ع: 04-2021

LOT 11-2019  
FAB/ع: 11-2019  
EXP/ع: 04-2021

LOT 11-2019  
FAB/ع: 11-2019  
EXP/ع: 04-2021

**أيكومب®**  
**Icomb®**

Lot: 280092  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

PPV: 30 DH 30

12500798-05S

**أيكومب®**  
**Icomb®**

Lot: WM0102  
Fab: 11 19  
Exp: 11 21

PPV: 30 DH 30

12500798-05S