

## 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 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
- 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° W21-779095

248482

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3050 Société : R-RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : MAGHRAOUT Abdelhaziz  
 Date de naissance : 19-02-1959  
 Adresse : 34 Rue 25 lot Sidi Abderrahman EL Oulfa Casa  
 Tél : 0662124936 Total des frais engagés : #5117,30# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR BENMOUSSA Khadija  
 Ophthalmologiste - Homéopathe  
 Lot 0 - 11 selouane Bd Oued  
 Melouia N°33-Oulfa-Casa  
 Tél: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36  
 Date de consultation : 14/12/2022  
 Nom et prénom du malade : Maghraoui ABDEL Aziz Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection douloureuse  
 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 : Casa Le : 26/10/2023

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
14/12/21		C + Fo	3000H	INP : 0911172585

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/21	917,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/12/21					3900H

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"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) 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



Dr BENN

Chirurgie et

- Cataracte par
- Strabisme - C
- Contactolog

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie - Casablanca

LOT U031803 2  
EXP 07 2023  
PPV 126.10 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT W02180 2  
EXP 03 2024  
PPV 126.10 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT W021680 2  
EXP 03 2024  
PPV 126.10 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT W027518 2  
EXP 04 2024  
PPV 126.10 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

الزيارة بالموع

الدار البيضاء

Casablanca, le : 14 décembre 2022

Mr. MAGHRAOUI ABDELAZIZ

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 1.25 (- 1.00 à 115°)

OG = Plan (- 0.50 à 80°)

VP : ODG = Add : + 2.50

94,30 x 35 282,90

1/ ARULATAN

1 goutte le soir à 21 heure, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

2/ COSOPT: Collyre

1 goutte 2 fois / jour; 8h & 20h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

3/ OXYAL: collyre

1 goutte 3 à 6 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



RIMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

RIMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

Tel: 05



4 030571 005018

COMPLÉ-GOUTTES OCULAIRES  
SOLUTION OPHTHALMIQUE  
LUBRIFIANTE À BASE  
D'ACIDE HYALURONIQUE ET  
D'ÉLÉCTROLYTES ESSENTIELS.



4 030571 005018

+ OXYD®  
10 ml

Oxyal®

Bruschbieter Damm 165-173  
D-13881 Berlin  
Rimapharma  
Address: 165, Bd. Abdelouahm  
Casablanca, Morocco  
Maroc (CE n° : 6851201720)  
Date: 06-10-2017  
cette medical device  
Kritischke GmbH  
Kritischke GmbH  
Stuttgart  
D-70191

10-11, Lotissement Salwane - Bd. Oued Melouia -  
(Au dessus de Marjane Market) ☎ : 05 22 89 36 20 -

LOZZA Optique

Souk Koréa - Bloc EF

N° 132 - Casablanca

Tél.: 05.22.82.12.83

GSM : 06.25.49.49.49

N° 000836



مخبرات اللوزة

سوق القريعة - بلوك

الرقم 132 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.82.12.83

الهاتف النقال : 06.25.49.49.49

Docteur : BENMOUSSA KHADIJA

Mr. MAGARAOU ABDELAZIZ



Nomenclature :

Montures : VL Mitac optique - 2001  
VP

Type de verres : Progresif Adapta 1 G  
ENERGY BLUE

\* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 185° Cyl : -1.1 Sph : -1.25 = 1500

OG : Axe : 180° Cyl : -0.50 Sph : -1.50 = 1500

\* VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

Odd : +2.50



Total : Trois Mill de cent dit 3000

Date : 31 DEC 2012