

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-761670

148966

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1983 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KHAIR EDDINE AHMED

Date de naissance : 30/06/1944

Adresse : Rue Yasmine - Résidence du Palais-
IMM. H - APPT. 9 - HAY ERRAHA (BEAUSSETOUR)

Tél : 0696813267 20200 - CASABLANCA

Total des frais engagés : 740,90 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2023

Nom et prénom du malade : SABILI Halima

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Glauque chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : / /

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
31/10/23		1		INP : 0911397901

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

31/10/2023

74090

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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 00000000 00000000 G
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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophthalmologist
Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية



6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

PPV : 194,30 DH

AMM N° 426/18 DMP/21/NRO
© 2011, 2015 Novartis 449272 MA



6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N° 426/18 DMP/21/NRO
© 2011, 2015 Novartis 449272 MA
PPV : 194,30 DH

31 janvier 2023

Mme SABILI MALIKA



6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

PPV : 194,30 DH

AMM N° 426/18 DMP/21/NRO
© 2011, 2015 Novartis 449272 MA

194,30 DH
1/ AZARGA: COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux

2/ CATIONORM

PPC 158,00 DH



158,00
1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

740,90

CLINIQUE AL MADINA
FACILITATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

Dr. Rachid ZAFAD
Ophthalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Coté de
Majidi-Ammour- Beauséjour
Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192