

# 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

M22- 0049428

155002

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1736 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KOTNI Ahmed  
Date de naissance : 01 Janvier 1952  
Adresse : LOT DAHA Rue 1 N° 36 Q.I. Bernoussi  
Casablanca  
Tél. : 0672150702 Total des frais engagés : 507,6 Dhs.

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/2023  
Nom et prénom du malade : KOTNI KHADIJA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 14/02/2023

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
14/02/23	C2ph	✓	250	
14/02/23	K18	✓	200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/2023	57,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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															
				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

ZENITH Pharma



PPV : 28,80 DH

# NET D'OPHTALMOLOGIE

chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons  
de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Moad Dali Ahmed I.*

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

Casablanca le 14/02/2023

**الدكتور مراد الدالي أحمد عماد**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بباريس

**Madame KOTNI KHADIJA**

28,80 x 2

- ARTELAC COLLYRE

1 goutte matin midi et soir pour les deux yeux pendant 3 mois

57,60

**PHARMACIE KOUNOUZ**  
Dr. Kenzo Sekkat  
Bd Chetcharouni, Route 113, 2075  
N° 424 01 501 Rernoussi - Casablanca  
Tél: 05 22 31 47 33

**Dr. MRAD DALI Ahmed Imau**  
**Ophtalmologiste**  
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance  
Ben Jdia - Casablanca - 05 22 31 58 20

عمارة الحرية مدخل الأوسط. الطابق الرابع شارع المقاومة - بن جديدة ساحة لومكر دوبواي الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

Imm. LIBERTÉ 4ème étage. Place Lemaigre Dubreuil - Bd Résistance - Ben Jdia - Casablanca - © 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

Email : ophta.dali@gmail.com



# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons  
Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser  
Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Mrad Dali Ahmed J.*  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Spécialiste Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris

**الدكتور مراد الدالي أحمد عماد**  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بباريس

**Casablanca le 14/02/2023**

## NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné certifie avoir reçu la somme de  
**200dh (DEUX CENT DIRHAMS)** de la part de  
**MADAME KOTNI KHADIJA** concernant un  
examen de fond de l'œil au verre à trois miroirs  
après dilatation au mydriaticum K10

*Dr. MRAD DALI Ahmed J.*  
**Ophthalmologiste**  
Imm. LIBERTÉ 4ème étage. Place Lemaigre Dubreuil - Bd Résistance - Ben Jdia - Casablanca - © 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42  
Email : ophta.dali@gmail.com