

## 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° W21-711816

165562

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : N° 56 Rue ELLE HAY ARRAHNA CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : 486,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, Bd El Moudira El Khadra - Casablanca  
Tél : 05 22 94 29 40 et 05 22 94 29 47

Date de consultation : 01/10/2023

Nom et prénom du malade : AZIZ Mbanka Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

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 : 01/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

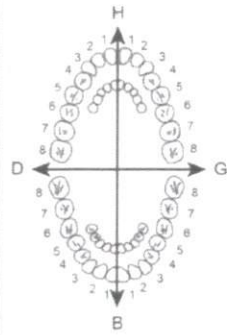
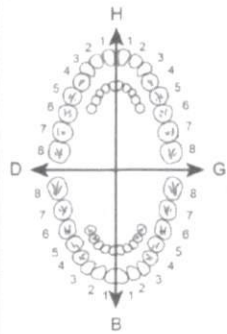
Autorisation CNUP N° : A-A-215/2019

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
01-06-83	C.S.H.S.	1	3.52,00	Docteur Maryse KARBANI OPHTALMOLOGISTE 38 bd El Massira El Khadra - Casablanca Tél : 05 22 94 24 40 et 09 22 94 24 47

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date
PHARMACIE AHMED ALI SAR EL JEL Sidi Maatouf - Casablanca Tél./Fax : 05 22 97 32 16 GSM : 06 61 60 54 68	01/06/83

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



# الدكتورة مريم العمراني

## مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز

### Docteur Maryem LAMRANI

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris*

Casablanca, le 1er juin 2023

AZIZ Mbarka

DESOMEDINE 0,1%  
Collyre 10ml  
ZENITH PHARMA  
AMM n°52 DMP/21/NRQ

LOT/عبارة H8446  
FAB/تاريخ الإنتاج 04-2021  
EXP/تاريخ الانتهاء 03-2022



6118001270071

PPV : 27,90 DHS

Instiller dans les yeux,

DESOMEDINE

1 goutte 4 fois par jour pendant 6 jours

Appliquer dans l'œil droit,

TOBRADEX pommade

matin et soir pendant 5 jours  
puis le soir pendant 8 jours

**TOBRADEX®**  
POMMADE OPHTALMIQUE  
0,3/0,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/21/NRQ



6 118001 070602  
690206 MA

PHARMACIE AHMED ALI  
SARL AU  
Dr. Ali EL JOUAI  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 97 32 16  
GSM : 06 61 60 54 68

PHARMACIE AHMED ALI  
SARL AU  
Dr. Ali EL JOUAI  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 97 32 16  
GSM : 06 61 60 54 68

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
58, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22.94.29.46 et 05 22.94.29.47

**TOBRADEX®**  
POMMADE OPHTALMIQUE  
0,3/0,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/21/NRQ



6 118001 070602  
690206 MA