

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-815163

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08946

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NEJARI HALIMA

Date de naissance :

1970

Adresse :

181 Wli AL BARID HAY NABBA RABAT

Tél. :

0670246244

Total des frais engagés :

47020

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRATO Amine  
Professeur en Ophtalmologie  
Clinique d'Ophtalmologie la Pinede 301

Date de consultation :

22/08/2023

Nom et prénom du malade :

NEJARI Halima

Age :

53

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Conjonctivite bactérienne

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 :

RABAT

Le :

22/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-815163

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

08946

Nom de l'adhérent(e) :

NEJARI Halima

Total des frais engagés :

47020

Date de dépôt :



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
24/10/2015	Consultations	3000		INF : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>ASSANIA OUSSAID</b> Pharmacie Makhlil II N° 12P Aïn Guédira, Mahdia Tél: 65 74 29</p>	<p>22/07/23 INPE: 102030558</p>	<p>180.70</p>

[illegible][illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>	
		H															
25533412	21433552																
00000000	00000000																
G																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Facture N° 230822-003

Date Entrée : 22/08/23  
Date Sortie : 22/08/23

Rabat le : 22/08/23  
Nejjari Halima  
PAYANT

### Prestations médicales

Libelle	PU	Qte	S. Total
Consultation Ophtalmologique	300,00	1	300,00

Total Général : 300,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de : **trois cents DH**

Méthode de paiement: Espèces

*Clinique d'Ophtalmologie La Pinède*  
**Service Facturation**  
1, Rue Cadi Moreno, La Pinède,  
Souissi - Rabat  
Tél: 05 37 54 66 66 / 67  
INPE: 100063700

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LA PINÈDE مصحة طب العيون



www.cliniquelapinede.com



0537 54 66 66 / 67



contact@copmail.ma

1, Rue Cadi Morèno, La Pinède - Souissi - Rabat

1, زنقة القاضي مورينو، لابيناد السويصي - الرباط

ICE : 002024818000084

RC : 128545

TP : 25903364

IF : 25007434

INPE : 100063700





LCA S.A.

9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France

Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39

E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 ml boîte de 16



LOT : 30602

EXP : 2026-05

idoses stériles de 10 ml



HER MEDIC  
PPC  
104.00 DHS



PHYLARM

stérile pour usage oculaire

930-1033/01.



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

Lot :

EXP :

2RDC3B

09 2024

CILOXAN® 0,3%  
COLLYRE









CLINIQUE  
D'OPHTALMOLOGIE  
LA PINÈDE

Rabat le : 22/08/2023

Docteur : .....

- 104,00 Mme Nejari Halima
- 1) phylarm lava gese **STE HASSANIA OUSSAID**  
Résidence Nakhil II N° 12P  
Avenue Ahmed Rêda Guédira . Nahda 1  
RABAT - Tél : 05 37 65 74 29
- 45,90 x 4/i
- 2) libexan collhyn P11  
12,5
- 20,30 1 gtt x 6/i
- 3) frahidex p — de opus 24  
1 app /i 6 soir p11 05

120,20

Dr. BERRAMO Amina  
Médecin en Ophtalmologie  
Tél : 05 37 1107860

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LA PINÈDE

مصلحة طب العيون



www.cliniquelapinede.ma



0537 54 66 66 / 67



contact@cpm.ma

1, Rue Cadi Moréno, La Pinède - Souissi - Rabat

1, زقة القاضي مورينو، لابيناد السويصي - الرباط