

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-805481

124587

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6704

Société : RASY

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AZZABI KHALID

30-8-1957

Date de naissance :

Adresse : Résidence ORCE N° 22

Bouskoura

Tél. : 0661312386

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                    |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |

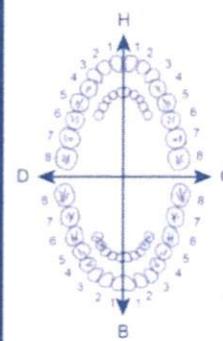
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

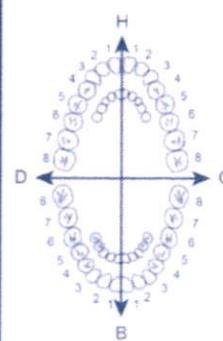
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                |                  |             |                            |
|                 |                |                  |             |                            |
|                 |                |                  |             |                            |
|                 |                |                  |             |                            |



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
 VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
 R-Z = Electro - Radiologie  
 B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1630438

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AZZABI Khadija  
 Matricule : 6704 Fonction : CDR Recepteur Poste :  
 Adresse : RESIDENCE OULES N° 27 BOUSKOURA  
 Tél. : 0661310386 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AZZABI Khadija Age 30 08 157  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : **AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE**

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A le 26 JUIN 2023  
 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. BERRADA Mohammed  
 OPHTALMOLOGISTE  
 Signature et Cache du médecin  
 10400 CASABLANCA  
 Tel: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
 E-mail: berrada.hamid@mail.com

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 6704  
 Nom du patient : AZZABI  
 Date de dépôt :  
 Montant engagé :  
 Nombre de pièces jointes : 1

1630438

MUPRAS



## RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11 MAI 2023     |                   | C2                    | 350,-                           | ABDELMOUNEN REHAB CAPULCO<br>EYRADA MOHAMMED<br>OPHTHALMOLOGISTE<br>abdelmoumen_rehab_acapulco<br>094040/0522994041<br>ra.hamidi@mail.com |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br>Dr. EL DRADE<br>El Jadida Pharmacie<br>Route de Boukraoua 109, Km 11<br>El Jadida, Maroc | 24/03/23 | 258,-                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature<br>du praticien              | Dates des<br>Soins | Nombre |     |         |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|--------------------|--------|-----|---------|-----|------------------------------------|
|  |                    | A M    | P C | I M     | I V |                                    |
| Bd Kodchharia II<br>N°23 Ben Chock<br>Casablanca | 18/10/2013         |        |     | Bunells |     | 6000                               |

## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# AL HORRIA OPTIQUE

بصريات الحرية

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0005424

Docteur Benabdala Dohammed  
Mr. : AZZABI Khalid

## Nomenclature :

Montures : VL ..... optique .....  
VP .....  
.....

Type de verres : ..... Organique  
..... progressif .....

## \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : ..... 70 Cyl : ..... 1,00 Sph : ..... 40,50 3000, ~

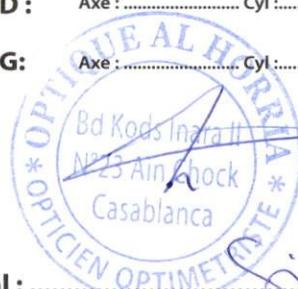
OG : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : ..... 70,25 3000, ~

## \* VISION DE PRES :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....

OG : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....

Add : ..... 2,50 .....



Total : ..... 5000,- ..... dit mille DHS

Date : 18/10/2023

d'un ettes:

20 JUIN 2022

OD: -0,25 (+0,75 à 165°)

OG: -0,25 (+0,5 à 170°)

Près: ODG: add +2,50

**Dr. BERRADA Mohammed**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tel.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

Docteur Mohammed Berrada

**Ophthalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد براادة

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le ..... 23 AOUT 2023

Certificat medical

je saussigné certifie que M<sup>R</sup> AZZABI  
KHALID PRésente un changement de dioptries  
necessitant obligatoirement un changement  
des VERRES de ses lunettes.

lunettes: 24 JUIN 2023

OD: +0,50 (-1,00 à 70°)

OG: -0,25

Près: OD OG: add +2,50

Monture + VERRES CORRECTEURS progr<sup>ressifs</sup> ANTIREFLETS.

Dr. BERRADA Mohammed

إقامة أكابولكو (فوق الملاحة العقاري) 104 - BP 104 - OPHTHALMOLOGISTE

Résidence Acapulco (au dessus C1 H) 99 004 bis Bd<sup>9</sup> Abd eloumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40 /41 - GSM : 06 62 15 84 89 - E-mail: berrada.hamid@gmail.com

TSV P

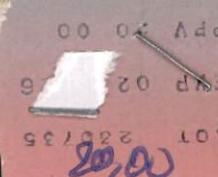
LOT 6130523  
2025 15  
PPC 109,00  
DHS



8 032668 870147



LOT  
PPC  
DHS



Barcode for the product: 6 118000 022501



Mr AZZABI Khalid

## Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

## Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 1.00 à 70°)

$$OG = -0.25$$

## Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

#### **CORRECTOL collyre**

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

## HYE collyre

109.00 X 2

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

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
Sidi Amzour, Rte ACAPULCO

قامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, bis Bd Abelmoumen Casablanca  
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abelmoumen Casablanca  
Tél.: 05 22 99 40 40 /41 - GSM : 06 62 15 84 83 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com

Docteur Mohammed Berrada

**Ophthalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد براادة

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميوبيا بالليزر

Casablanca, le ..... 12.4 JUIN 2023

## Certificat medical

je soussigné certifie que M<sup>R</sup> AZZABI  
KHALID présente un changement de  
dioptries necessitant obligatoirement  
un changement des verres de ses  
lunettes.

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abelmoumen, Rte ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104، مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء

Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abelmoumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com