

# 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

M23- 0028855

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ  
 Date de naissance : 1/1/48  
 Adresse : 63 Lotissement Amal 4 Rue Sultan  
 Bdr Omar Ben KHATTAB Sidi Mounir Casablanca  
 Tél. : Total des frais engagés : 537,00 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/2023

Nom et prénom du malade : LAHYANE ELHADJ Age : 1998

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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.

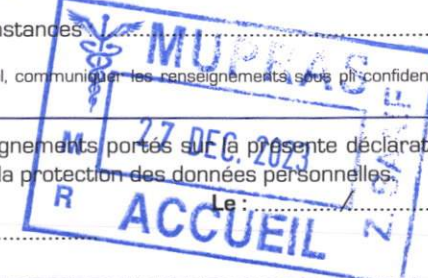
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. ZRYOUIL Mohamed  
Ophtalmologue  
54 Bd. El Khalil Hay M  
Abdellah - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42





### 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
19/12/23	CS		250	Dr. Ophthalmo... Bd. El Khalil Hay Moulay 52 Abdelilah - Casablanca 05 22 52 28 42

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INES BENCHIKHI B. Dr En Pharmacie Hay Moulay Abdelilah Rue 75 n° 3 CASA - Tél 0522 50 24 80	19/12/23	53710 c

### 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 :

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															
				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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية والليزر

الك الدموع

سياقة

Le : **19 décembre 2023** :

في

**Mr. LAHYANE El Hadj**

89.50x6

**XALACOM: COLLYRE**

1 goutte par jour le soir à 9h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

537100

P.P.V : 89,5 DH  
Fabricant / المصنع  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RIJKSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

P.P.V : 89,5 DH  
Fabricant / المصنع  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RIJKSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

P.P.V : 89,5 DH  
Fabricant / المصنع  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RIJKSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

P.P.V : 89,5 DH  
Fabricant / المصنع  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RIJKSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

P.P.V : 89,5 DH  
Fabricant / المصنع  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RIJKSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

P.P.V : 89,5 DH  
Fabricant / المصنع  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RIJKSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

**Dr. ZRYOUIL Merieme**  
Ophthalmologue  
52, Bd. el khalil Hay M  
Abdellah - Casablanca  
Tél. 05 22 52 38 42

**PHARMACIE INES**  
صيدلية الإناس  
BENCHIKHI B.  
Dr. En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CABA - Tél. 0622 60 24 80

**PHARMACIE INES**  
صيدلية الإناس  
BENCHIKHI B.  
Dr. En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CABA - Tél. 0622 60 24 80

**52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca**

☎ 05 22 52 38 42 / 07 64 20 40 38 - ✉ drzryouilmeryem@gmail.com



**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

LAHYANE EL HADJ

Matricule :

2924

N° CIN :

BA07788

Adresse :

03 Lotissement amane 4 Rce Sultan 2 B2 Omar Ben KHATTAB  
Sidi Mounen CASAB

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

DR ZRYOUIL Merieme

Spécialité :

Ophthalmologie

N° ICE :

00161861100077

N° INPE :

091175422

Certifie que Mlle, Mme (M.):

LAHYANE

EL

HADJ

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Glaucome chronique à Angle ouvert  
Atteinte du champs visuel + Atteinte à OCT

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Xalacom

1gHe le soir / 006 / 6 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASABLANG

le

19/12/2023

Cachet et signature du médecin traitant

*(Signature and Stamp of Dr. ZRYOUIL Merieme, Ophthalmologist, 52 Bd. el-Khan Hay M Abdellah - Casablanca, Tel: 05 22 52 38 42)*

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées