

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0007823

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M. N° 8297  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JAAFAAR SI ELHASSANE  
Date de naissance : 26/11/67  
Adresse : N°4 Rue N°4 ALPODS 3 LISSAFA CAA  
Tél : 0661456897 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophtalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 22 06 06  
INPE: 091033100  
Date de consultation : 10 JAN. 2024  
Nom et prénom du malade : JAAFAAR SI ELHASSANE Age: 56  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : 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 : CASA Le : 11 / 03 / 24  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



# 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
10 JAN. 2024	CSI	1	300	Dr. Dalia SBAL MORI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Dri Tél: 05 22 INPE: 091033100

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARINAZ SARINAZ 140 Lot Smirakda Lissasfa Casablanca Tél/fax: 05 22 65 20 07	10/01/24	4950

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

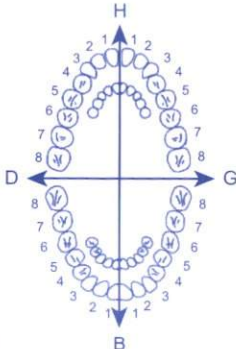
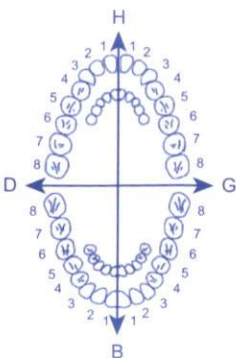
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412   21433552              00000000   00000000              D ————— G              00000000   00000000              35533411   11433553              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Dalila SBAI IDRISSE**

**Ophthalmologiste**

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

**الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 10 janvier 2024

**Mr JAAFAR Si El Hassane**

OPTIPRED

1 gtte / h x 48 h

1 gtte x 8 / j x 48 h

1 gtte x 6 / j x 5 j

1 gtte x 5 / j x 5 j

1 gtte x 4 / j x 5 j

1 gtte x 3 / j x 5 j

STERDEX pommade

1 application le soir au coucher x 12 soirs

dans l'œil droit

**PHARMACIE SARANAZ**  
S.A. K. L. A. U.  
140 Lot Smirade Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

**Dr. Dalila SBAI IDRISSE**  
**Ophthalmologiste**  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 83 06 06

**لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص**

**أوبتيبرد**  
**Optipred**

Lot: AA0106  
Fab: 12 22  
Exp: 12 24  
PPV: 23 DH 40

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
لا تأكل ولا تدهن العين  
احفظ في مكان بارد وجاف

LISTE I - Uniquement sur ordonnance  
قائمة 1 - إلا بوصفة طبية  
**Soyez prudent**  
No pas conduire  
sans avoir lu la notice  
**ممنوع السياقة**  
قبل قراءة التعليمات



**NIVEAU 1**  
المستوى 1

**STERDEX**  
**pommade ophtalmique**  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAJUDI

**ستيردكس**  
**+ الحمل**  
**= خطر**  
**STERDEX**  
**+ GROSSESSE**  
**= DANGER**

لا يجب استعماله لدى المرأة الحامل  
إلا في حالة غياب بديل علاجي  
Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique

**Sterdex®**

12 récipients unidoses

