

## 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, parodontologie 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 Étage 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° W19-563238

ND 37534

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 2798 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL

Date de naissance : 20/05/1954

Adresse : /

Tél : / Total des frais engagés : 200/2 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 19/08/2020

Nom et prénom du malade : CHAKIB KAMAL Age : /

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

Nature de la maladie : affection oculaire

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.

25 AOÛT 2020

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

# 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
13/08/20	3		2000	INP : 091013235



## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE DES ENFANTS  
CHECADI KHODOU  
12, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél: 05 22 22 79 08  
Fax: 05 22 22 79 08  
20-08-20 59,20

## 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
			MONTANTS DES SOINS [ ]
			DEBUT D'EXECUTION [ ]
			FIN D'EXECUTION [ ]

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	[ ]
MONTANTS DES SOINS	[ ]
DATE DU DEVIS	[ ]
DATE DE L'EXECUTION	[ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur ASRARGUIS Mohamed

Ophtalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O  
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Chirurgie Vitéo-rétinienne

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification  
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



الدكتور أسرار كويس محمد

إختصاصي في امراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

جراحة وأمراض الشبكية

جراحة الجلالة بالفاكو

طب الحول - راديو الشبكية - أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السياقة

خبير محلف لدى المحاكم

19/08/2020

Monsieur CHAKIB Kamal

29.40  
- CHIBRO-CADRON

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 2 semaines

- STER-DEX ou FRAKIDEX

1 application, dans les deux yeux, pendant 2 semaines

20.80

50.20  
PHARMACIE DES ECOLES  
Im. CHEDDADI Khadija  
12, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél: 05 22 27 53 11  
Fax: 05 22 29 79 08

CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



A.M.M. Maroc  
N° 116 DMP/21/NCV  
Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Boukoura - MAROC

FRAKIDEX  
Pom. Ophta. 5 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 20,80 DH  
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

