

# 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.

## Diagnostic 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19-0030455

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

38399

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00421 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme Bouzidi Fatma

Date de naissance : 01/01/1940

Adresse : Yasmine I Rue 2 N°51 Ain chas Casa Maroc

Tél. : 05 22 50 23 17 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2020

Nom et prénom du malade : Bouzidi Fatma Age :

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

Nature de la maladie : opacification de la cécité Postérieure

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) :






# 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
25/08/20	CUS LASER YAG-06		210,00 120,00 120,00 120,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/20	109,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

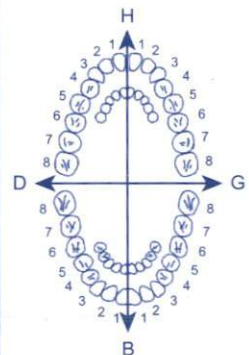
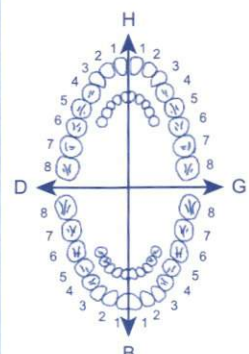
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'E

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايك

25/08/2020

Casablanca, le :

BOUZIDI Fatna

84.50  
- CARTEOL L.P 2 % (Cartéolol)

1 goutte, 1 fois/jour, le matin, dans l'oeil gauche pdt 15 jrs

- FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine.Dexaméthas)

1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil gauche pdt 15 jrs

24.60

109.50

Dr. WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center, Angle Bd Anoual  
et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tél.: 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88  
Tél.: 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

Pharmacie AL OUSRA  
LAHRICHI Abdelatif  
52-54, Bd. Angale Ain Chock El Inar  
Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلاطة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايك

Casablanca, le :

25/08/2020

BOUZIDI Fatna

FACTURE POUR LASER YAG DANS L OEIL GAUCHE

1200.00 DHS

Dr. Adil Wahidy  
OPHTHALMOLOGISTE  
Abdelmoumen Center  
211 Bd Abdelmoumen 2ème étage

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml

LOT/عيار/ H5173  
تاريخ الإنتاج/ FAB/ 10-2019  
تاريخ الانتهاء/ EXP/ 09-2021

ZENITH PHARMA  
PPV : 64.90 DHS  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

FRAKIDEX  
Collyre 5ml

LOT/عيار/ H0058  
تاريخ الإنتاج/ FAB/ 05-2020  
تاريخ الانتهاء/ EXP/ 04-2022

ZENITH PHARMA  
PPV : 24.60 DHS  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ



# Docteur Adil WAHIDY

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



الدكتور عادل وحيدى

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايترك

Casablanca, le :

Casablanca le 25/08/2020

## COMPTE RENDUS

MME BOUZIDI Fatna, chez qui j'ai pratiqué une capsulotomie au laser yag oeil gauche pour opacification de la capsule posterieure.

DR. WAHIDY Adil  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center, Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الطرامواي عبد المومن  
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com