

# 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016047

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e] **23637**

Matricule : **9592** Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **BARRI Hamid** Date de naissance : **05/10/66**

Adresse : **HAY EL MASSIRA EM 7 N° 8 INCASA**

Tél. : **0664212762** Total des frais engagés : **200 DH + 38 2,37,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : **Barri Hamid** 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 : ..... Le : **17 FEV. 2020**

Signature de l'adhérent(e) : ..... **ACCUEIL**

**Dr. MAKIN ABDELKARIM**  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
712, Bd. Aba Choukri Doukali Idrissi 1  
Tél: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa  
IMP: 09 11 93 54

**04 MARS 2020**



# 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
		1	200	<p>Dr. KHALIL ABU-LLAH            Pédiatre, Gynécologue et Chirurgie des Yeux            12, Bd. Aba Chouaib Doukkali Idrissi            12, Bd. Aba Chouaib Doukkali Idrissi            12, Bd. Aba Chouaib Doukkali Idrissi            12, Bd. Aba Chouaib Doukkali Idrissi            12, Bd. Aba Chouaib Doukkali Idrissi</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/10/2020

76,20

## 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

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 :

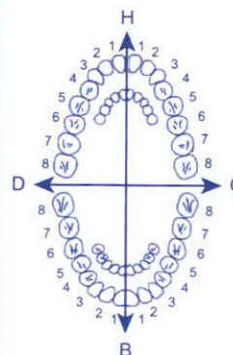
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

## 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

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

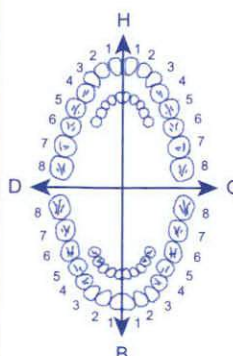
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسية I

**Docteur Razik Abdallah**

Spécialiste Maladies et  
Chirurgie des Yeux

Ex. Médecin des F.A.R.  
Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août

Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK



جذ

**الدكتور عبد الله رازق**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة الجلالة - العدسة - طنبسيون -

الحول - مسالك الدموع - فحص وراديو الشبكة -

علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر

تصحح قصر البصر

فحص لرخصة السياقة

**لا تغير تاريخ الفحص**

Casablanca, le: 17/02/2020

الدار البيضاء، في

BARRI Hamid

38,90

- **ACULAR 0,5% COLLYRE (Kétorolac)**

1 goutte, 2 fois par jour, dans l'oeil droit,

- **FUCITHALMIC 1% gel opht (Ac. Fusidique)**

1 application, 2 fois par jour, dans les deux yeux,

37,20

76,10

**PHARMACIE GHANY**  
Mme. HJYEI Naïma  
559, Bd. Aba Chouaib  
Doukkali - Casablanca  
Tél: 05 22 81 52 02

**DR. RAZIK ABU LLAH**  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
P12, Bd. Aba Chouaib Doukkali Idrissi 1  
Casablanca  
Tél: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Cas  
INP: 091119354

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**Fucithalmic® 1% gel ophtalmique**  
Tube de 3 g  
AMM N°1284  
DMP/Z1/NRQ  
PPV : 37 DH 20  
6 118001 200818

0.5  
تأمين  
تامين  
نقطة 5 ملل  
PPV: 38DH90  
17/02/2020

☐ Contrôle : ☐ Examen Complémentaire :

☐ Consultation : ☐ Autres :

شارع أبا شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسية I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98

**712**

الفحوص الإضافية والفحص بالمعد يوم الاثنين الى الخميس من الساعة 12 الى الساعة 16

ان استعمال النظارات الطبية بدون فحص طبي من طرف طبيب اختصاصي قد يؤدي الى خلل في العيون ونقص في النظر خاصة عند الاطفال. هناك أمراض عيون عديدة : التهابات الحساسية طنبسيون الضفط والسكري تصاحب نقص في النظر وتحتاج الى علاج في وقت مبكر قبل النظارات