

## 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
- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-426663

58518

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10727 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUAHID SAMIRA  
 Date de naissance : 22/09/1974  
 Adresse : 30 Résidence TIARIA LAKRIMATE  
 AIN CHOK CASABLANCA  
 Tél. : 066 753 5706 Total des frais engagés : 604,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 04/01/2021  
 Nom et prénom du malade : OUAHID Samira 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.

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 Prélèvement des Actes
04/01/2021 e.f.			400,	INP : 09-06-66-38 Mohammed El-Hajj Ophthalmologist Mineral Center Boulevard 18 - Casablanca GSM: 06 71 09 51 94

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL IMAM SA MEDDAH MEDICAL L'Esplanade, Rue 22, 1<sup>er</sup> Et. Doha, Qatar</p>	4/1/2021	204,50

[illegible]

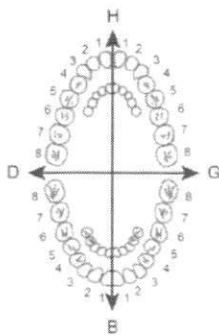
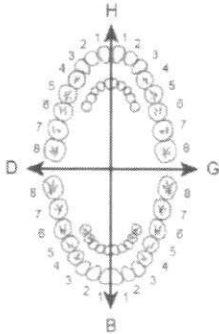
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433553	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433553																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Docteur Mohammed Mikou

Ophthalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)  
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)  
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophthalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلابة بالليزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, ..... 04/01/2021

OUAHID Samira

- MAXIDROL COLLYRE (Néomyc.Polymyx.Dexamét)  
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours
- TOBRADEX POMMADE  
1 application, 2 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 8 jours
- Xailin HA  
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois
- SEPCEN cp à 200mg  
1 comprimé, 2 fois par jour pendant 5 jours

# سيبسين<sup>®</sup> 250 مغ

سير وفلو كسا سين

علبة من 10 أقراص مطبسة  
عن طريق الفم

ع 22

**SEPCEN<sup>®</sup> 250 mg**  
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230175

يجب احترام الجرعات الموصوفة

IBERMA



05/05/17

LOT: 07110005  
R: 11/2522  
PEV: 110.500H

**DE Enthält:** Natriumhyaluronat  
0,2% m/V, Natriumperborat, in wässriger,  
gepufferter Trägerflüssigkeit. 28 Tage

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

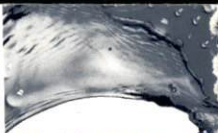
dium  
ans  
leter  
e  
doi  
es  
%

%  
a

a

— capitol.

I  
g  
g  
di  
Ra  
Bu  
kin  
RC  
m/  
tam  
zile  
instr  
Indei



Natriumhyaluronaat 0,2% g/v  
Oogdruppels  
Smerende bescherming  
voor droge ogen  
Zonder conserveringsmiddel in het oog  
Geschikt voor dragers van contactlenzen

Xailin<sup>®</sup>  
HA

Hialuronat de Sodiu 0,2% m/v  
Picături Oftalmice

Protecție lubrifiantă pentru  
simptomele ochiului uscat  
Fără conservanți la contactul cu ochiul  
Poate fi utilizat de purtătorii  
de lentile de contact



10ml VISUfarma

LOT



3T327D9028

2019-12

2021-11

GOJ/DRUG/G/1080

PZN 10713511



5 060361 080504

6