

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

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- 068760

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23.93 Société : 60533

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAROUS Fatima

Date de naissance : 18-11-1941 PAGA

Adresse : 4 Rue Dan GP M. Poudi N°128 avenue Mohamed V Casablanca

Tél. : 0666 819459 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 FEV 2021

Nom et prénom du malade : LAAROUS Fatima Age :

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

Nature de la maladie : opacification capsulaire

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 : 18/02/2021

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
18 FEB 2021	1 séance laser yag 900	1300,00		
	1 séance laser yag 900	1300,00		
		2600,00		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/21	58,00

# 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 style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>			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'EXECUTION

# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

**Dr. Azzeddine SERRHINI**

**Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des yeux**

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Chef de clinique des hopitaux de paris

Angiographie - Laser - Phacoemulsification

Chirurgie vitréo - rétinienne

**الدكتور عز الدين السرغيني**

**إختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

ليزر - جراحة الشبكة

Casablanca, le 18/09/2021

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV: 58.00 DHS  
AMM N°15/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عيار: H5837  
FAB/ تاريخ الإنتاج: 02-2020  
EXP/ تاريخ الانتهاء: 07-2021

N° LAAROUS Jafima

N- Indocolllyre: 5gtx3h

58,00

2d 10 jours

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJIDA Nafii  
34, Rue Ismaïl el-Jakir - Bourgogne  
Tél.: 05 22 23 13 23 - 05 22 99 44 33 - Casablanca

Dr. SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abou abdellah Nafii  
Maarif - Casablanca  
Tél.: 05 22 23 13 23 - 05 22 99 44 33

## NOTE D'HONORAIRE

Casablanca le : 18 FEV 2021

Le Docteur Azzeddine SERRHINI

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

Mr/Mme/Mlle ..LAAROUS Fatima.....

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire

Soit la somme de : 2600,00.....DHS

Dr. SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abdelhak Nafii  
Madinat - CASABLANCA  
Tél. 23.12.23 / 99.44.33



# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

**Dr. Azzeddine SERRHINI**

**Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des yeux**

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Chef de clinique des hopitaux de paris

Angiographie - Laser - Phacoemulsification

Chirurgie vitréo - rétinienne

**الدكتور عز الدين السرغيني**

**إختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

ليزر - جراحة الشبكة

Casablanca, le **18 FEB 2021**

Rapport Medical

N° LAAROUS Fatima présente une opacification  
capsulaire Oeil Droit et oeil gauche  
nécessitant une capsulotomie au Laser yag

Dr. SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maarif - CASABLANCA  
Tél. 23.13.23.19.44.33