

# **COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



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

## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 0036325

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1042 Société : M'c 1042

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 70407

Nom & Prénom : AIT MERIM B. salum

Date de naissance : 02/02/1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 0689629854 Total des frais engagés : 358,6074102 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed BENNAN  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 40 22 / 05 22 22 62 22  
INP: 091025155

Date de consultation : 06/05/2021

Nom et prénom du malade : Zarrit Fatima 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) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### **ns générales :**

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

ue pour tous les actes effectués en série.

In cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

soins.

### **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### **ologie 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.

### **ique :**

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.

### **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.



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 06/05/11	Montant de la Facture 35260

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>الصيدلية العائلية هشام فاخر شماره 187</p>	06/05/21		411.00

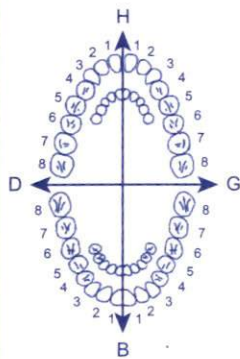
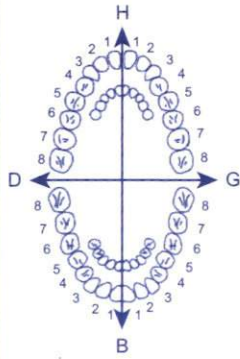
[illegible]

# 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 bi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophthalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 06/05/2021

Mme ZARRIT Fatima

Instiller dans l'œil opéré :

28,60

Chibrocadron

: 1 goutte 4 fois par jour, pendant 10 jours.

112,50

Lotemax

: 1 goutte 3 fois par jour pendant un mois.

A commencer à l'arrêt du chibrocadron

405,00

Quinolox

: 1 comprimé 2 fois par jour pendant

78,00

Sérum physiologique

mois.

: 1 toilette oculaire, à la demande, pendant 1

en dosettes

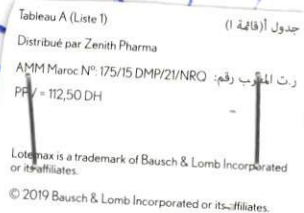
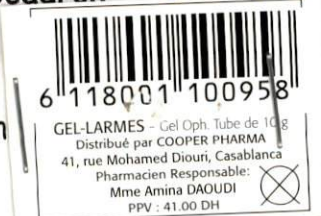
38,50

Compresses oculaires adhésives

358,60

En cas d'urgence, téléphoner à la clinique Rachidi

Tel : 0522 221 296 / 0522 294 836



Docteur Mohamed BENNANI  
Ophthalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd. Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22 / 05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22  
05.22.22.73.22 - الفاكس - 05.22.22.62.22 / 05.22.22.40.22 : الهاتف - INPE : 092028166  
شارع الراشدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.40.22 / 05.22.22.62.22 - الفاكس : 05.22.22.73.22

ICE 001709416000017

D.m.a: 03/2020

BTR001/V<sub>2</sub>

10001000U

2021-04 1000045 2026-03

56

# 10 COMPRESSES OCULAIRES ADHÉSIVES - ADULTE

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Boukoura - MAROC



LOT

G210378  
2023 03

STERILE A

CE 0459

CN 178706.4

PPC : 78,00 DHS

(Année d'apposition  
marquage CE : 2015)



Distribué par Gilbert Maroc  
22, Rue Ennajaf - Quartier Derb  
Ghalef Maarif - Casablanca - Maroc



5 060185 162370 >

LOT : 9181

UT. AV : 03-23

P.P.V : 101 DH 00

مضاد حيوي

Quinolox 200mg  
Boîte de 10 comprimés



6 118000 090687