

# 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.

**Biologie 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.

**Educations :**  
 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 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

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**

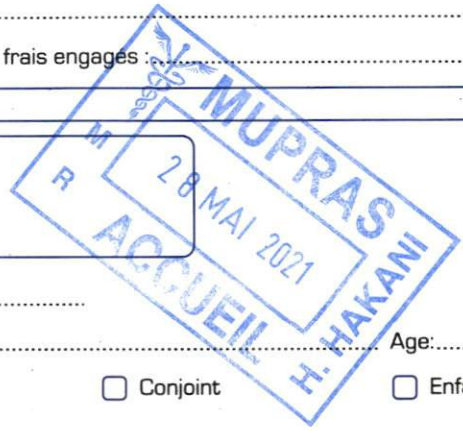


**Déclaration de Maladie**  
 N° M21- 0059543 *NSR*

☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
 Matricule : *2038*      Société : *72399*  
☐ Actif      ☐ Pensionné(e)      ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : *EZZAHAF Baouchaib*  
 Date de naissance :  
 Adresse : *habituelle*  
 Tél. : *05 22 77 06 47*      Total des frais engagés :      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation :      /      /  
 Nom et prénom du malade :      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.



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) :     

**VOLET ADHERENT**  
 Déclaration de maladie N° M21-059543  
 Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
 Coupon à conserver par l'adhérent(e).  
 Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances. ou actes

à plusieurs échelons comportant un ou plusieurs échelons

dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit intervenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 829260

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EZZAHAF BOUCHAIB  
Matricule : 2038 Fonction : retraite Poste : ✓  
Adresse : habituelle  
Tél. : 05 22 87 06 48 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TARAJJA FATIMA Age : 04 11 55  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 11-Mai-2021  
Nature de la maladie : OPTIQUE  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 829260

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



MUPRAS



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
11 Mai 2021	Copie + Foud d'air		350,00 db	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/21	99,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	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	
	05/05/21					1000,00

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

**Dr WAFI MIRIAM**

**Ophtalmologue**



**الدكتورة وافي مريم**

**أخصائية أمراض وجراحة العين**

**Specialité Medico-Chirurgicale**

(Université Hassan II - Casablanca)

**Diplôme de Chirurgie Refractive**

**et Phacoémulsification (Toulouse)**

**Diplôme de Strabologie Oculomotricité (Nantes)**

**Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)**

**Capacité de Medecine Aérospatiale (Paris V)**

**Diplôme d'OCT/Ophtalmologie (Bordeaux)**

**Agrément Permis de Conduire**

**دكتوراة الطب و التخصص**

(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

**دبلوم تصحيح النظر بالليزر**

**وجراحة الجلالة (تولوز)**

**دبلوم علاج وجراحة الحول (نانت)**

**دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة (بور دو)**

**دبلوم طب الطيران (باريس V)**

**فحص الشبكية بالموجات الضوئية OCT (بور دو)**

**الفحص الطبي / رخصة السياقة**

**ORDONNANCE**

Casablanca, 11 MAI 2021

TARAJJA Fatima  
99,50

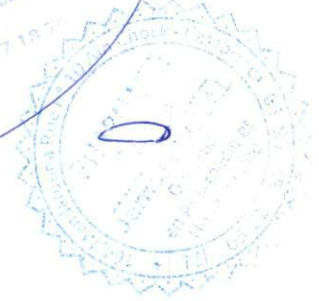
Ocuyal gel :

3 fois /jour pdt 3 mois

A renouveler



Wafi Miriam  
Ophtalmologue  
35, rue de la Liberté, 3<sup>ème</sup> étage, Mandarona  
Casablanca  
Tél : 05 22 50 65 65 - GSM : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com



99,50

Imm 858, Lot 158, Bd el Qods, 3<sup>ème</sup> étage (face pâtisserie Grain de blé), Mandarona - Casablanca

عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام مخبزة كران دوبلي)، منظرنا، البيضاء

Tel : 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam

# OCUYAL GEL

Gouttes oculaires en gel lubrifiantes et apaisantes à base d'acide hyaluronique 0,30 %

## PRESENTATION ET CONTENU

Gouttes oculaires stériles en flacon de 10 ml ou monodose

## INDICATIONS

OcuYal Gel est indiqué dans l'humidification et le rafraîchissement des yeux, il apaise les symptômes générés suite à une longue période d'instabilité du film lacrymal.

OcuYal Gel protège, humidifie et lubrifie la cornée, il soulage l'irritation des yeux ou la sensation de sécheresse aiguë oculaire liée à un manque de larmes, facteurs environnementaux (poussière, pollution, pollens), ménopause, interventions chirurgicales et utilisation prolongée de lentilles de contact.

OcuYal Gel, grâce à l'acide hyaluronique, est également recommandé pour lubrifier et hydrater toute sorte de lentilles de contact, améliorant ainsi le confort pendant l'utilisation.

## PRECAUTIONS

- Le produit reste stérile jusqu'à la première ouverture
- Ne pas utiliser le produit après la date de péremption
- Ne pas utiliser si la bague d'inviolabilité du flacon a été endommagée avant ouverture
- Bien refermer le flacon après utilisation
- Utiliser dans un délai de 30 jours après ouverture
- Ne pas utiliser le produit en cas d'hypersensibilité à l'un de ses composants
- Eviter tout contact entre le compte-gouttes et une surface quelconque
- Ne pas congeler, tenir éloigner des sources de chaleur et des rayons directs du soleil
- Tenir hors de portée des enfants
- Ne pas ingérer.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI ⚠

Suspendre l'utilisation du produit et contacter un spécialiste en cas d'altérations de la vision, rougeurs ou irritations oculaires persistantes.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

### EN CAS DE SÉCHERESSE OCULAIRE:

Instiller une ou deux gouttes dans l'œil lorsque le besoin se fait ressentir.

### POUR LES PORTEURS DE LENTILLES DE CONTACT:

Mettre une goutte d'OcuYal Gel à l'intérieur de la lentille de contact avant application. Il est possible d'instiller le produit sur la lentille de contact également pendant l'utilisation, si l'application elle-même s'avère source de gêne (sensation de corps étranger dans l'œil).

## EFFETS INDESIRABLES

Aucun connu.

Dispositif médical

 **SCHALCON S.p.A.**  
Viale Enrico Ortolan, 195  
00125 ROMA Italy

**CE**  
0477



**STERILE A**



# AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



بصريات الحرية

عين الثقب, شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

N° 009168

Docteur : *Dr. al. Mouam*

Mr. : *TARATTA Fatima*

## Nomenclature :

Montures :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL} \dots\dots\dots \\ \text{VP} \dots\dots\dots \end{array} \right.$  *Optique 1700, w*

Type de verres : *Optique*

### \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....

OG : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....

### \* VISION DE PRES :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : *+3,50 4,00, w*

OG : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : *+3,50 4,00, w*

Add : .....

Total : *1200 x 20*

Date : *18 / 05 / 92*

**Dr WAFI MIRIAM**

**Ophtalmologue**



**الدكتورة وافي مريم**

**أخصائية أمراض وجراحة العين**

**Specialité Medico-Chirurgicale**

(Université Hassan II - Casablanca)

**Diplôme de Chirurgie Refractive**

**et Phacoémulsification (Toulouse)**

**Diplôme de Strabologie Oculomotricité (Nantes)**

**Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)**

**Capacité de Medecine Aérospatiale (Paris V)**

**Diplôme d'OCT/Ophtalmologie (Bordeaux)**

**Agrément Permis de Conduire**

**دكتوراة الطب و التخصص**  
(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

**دبلوم تصحيح النظر بالليزر**

**وجراحة الجلالة (تولوز)**

**دبلوم علاج وجراحة الحول (نانت)**

**دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة (بورديو)**

**دبلوم طب الطيران (باريس V)**

**فحص الشبكية بالموجات الضوئية OCT (بورديو)**

**الفحص الطبي / رخصة السياقة**

**ORDONNANCE**

*TARAJA Fatima*

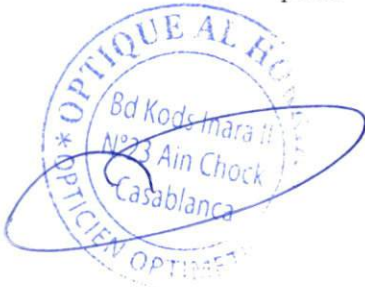
Casablanca, le 11 MAI 2021

**LUNETTES/ VP**

OD : + 3,50

OG : + 3,50

Verres organiques



*a cheap large.*

Imm 858, Lot 158, Bd el Qods, 3<sup>ème</sup> étage (face pâtisserie Grain de blé), Mandarona - Casablanca

عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام مخبزة كران دوبلي)، منظرنا، البيضاء

Tel : 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam