

# 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 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.

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° W19-487451

73284

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 08955

Matricule : 08955 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AMONE

Nom & Prénom : BEKKARI

Date de naissance : 19-05-1972

Adresse : Sur Rue Pais Apt 4 BABAT

Tél. : 0661500451 Total des frais engagés : 425,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Docteur ALAÏ CHERRI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
52, Av. Patrice Lumumba, Apt. 8  
Babat

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 MAI 2021

Nom et prénom du malade : BEKKARI Ned Amine Age : 48 ans

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

Nature de la maladie : Allergie 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 : BA le 17 / 05 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-487451

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 : .....



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
15-11-2021	CS		300 = DH	<p>N° 101107944</p> <p>INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>Dr. TALAL CHERO Ophthalmologist 15-11-2021</p>

18/11/2022	CS	300 = DH =	INF: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">181107944</span> DR. TALAL CHERO Ophthalmologist Dhaka, Bangladesh
------------	----	---------------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie la Résistance</b> <b>Dr. BOUBNAME MOSTAPHA</b> N° 32, Av. La Résistance et Rue Londres, Océan - Rabat Tél. : 05 37 72 40 55 102038353	27/05/2021	125,90

Date	Montant de la Facture
12/05/2011	125,90

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

# 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'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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction)			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

	Traitées	Soins	Dentitions	Coefficient des travaux	<input type="text"/>
				Montants des soins	<input type="text"/>
				Début d'exécution	<input type="text"/>
				Fin d'exécution	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur JALAL CHERQI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la Faculté

de Médecine à RABAT

Maladies et chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie du glaucome

Chirurgie au laser - Myopie - Hypermétropie

Diplôme Universitaire de limoges

Ex chef de service d'ophtalmologie

Hôpital Moulay Youssef - RABAT

Sur Rendez-vous



## الدكتور جلال الشرقي

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

جراحة المياه البيضاء - جراحة المياه الزرقاء

تقويم البصر بالليزر - الجيوكرافيا - الليزر

رئيس سابق لمصلحة طب العيون

مستشفى مولاي يوسف - الرباط

بالميعاد

Le : ..... في

17 MAI 2021

Nom : .....

الإسم : .....



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol collyre, 5 ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV : 30,10 DHS  
406994

M. Bekkari  
Anine

30/10 Maxidrol collyre  
1 goutte 2/1  
2/1  
75/100 Lenvyho collyre  
1 goutte 2/1  
2/1

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

20/80 Frakidex  
1 A 1/1

Pharmacie la Résistance  
Dr. BOUBNANE MOSTAPHA  
N° 32, Av. La Résistance  
et Rue Londres, Océan - Rabat  
Tél. : 05 37 72 40 55  
102038353

LEVOPHTA 0.05%  
Collyre 5ml

LOT/عبارة H5717  
FAB/تاريخ الإنتاج 02-2020  
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2022

ZENITH PHARMA  
PPV : 75 00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQR

52, Rue Patrice Lumumba Appt. N° 8 Place Piétie - Rabat - الرباط - 8 - زنقة باتريس لومومبا شقة رقم 8 - الرباط

Tél. : 05 37 76 30 60 : الهاتف E-mail : jcherqi@yahoo.fr : البريد الإلكتروني