

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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° M21- 062003

82848

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 03 Lotissement Amine 4 Rue Soltana 2

B2 Omar Ben KHATTAB Sidi Moussa

Tél. : 06.42.20.65.49 Total des frais engagés : 1900 MAF 90 MAF Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 / 02 / 2021

Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ Age : 1958

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

Nature de la maladie : 03 Lotissement Amine 4 Rue Soltana 2 B2 Omar Ben KHATTAB Sidi Moussa

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 : CASABLANCA Le : 26/02/21

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
26/07/21	CS		200000	<p>52. Bd. de la Pharmacie Ardehan - Casablanca Tél: 05 22 52 38 43</p> <p>DR. OUI Merieme</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE (S) OUI Merieme</p> <p>4, Avenue du 33, N° 23</p> <p>Bloc 33, N° 23</p> <p>Tél: 00 52 38 43</p>	26/07/21	5790

# 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	
<p>AKIL</p> <p>03/07/21</p>	03/07/21					1900,00

# 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

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>																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	B																		
				MONTANTS DES SOINS															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : ..... 26 août 2021 ..... في

**Mme LAHYANE Rachida**

**CROMABAK.COLLYRE**

5790 1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois



6 118001 100644

CROMABAK 20 mg/ml

Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMACIA

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Enreg MA: n° 793/16DMP/21/NCV

PPV : 57.90 DH

ARMACIE DE LA PREFECTURE  
Avenue du Nil, (Sidi Othman)  
Bloc 33, N° 23 - Casablanca  
Tél: 00 522 37 14 02

Dr. ZRYOUIL Merieme  
Ophtalmologue  
52, Bd. el Khalil  
Abdellah - C  
Tél: 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com



# OPTIQUE AKIL




AKIL Abdelmajid  
Opticien - Optometriste

Casablanca, le 03/09/2021

Facture N° : 223/2021

Nom : LAHYANE  
Prenom : RACHIDA

Quantité	Désignation	Nomenclature	P.U.	Montant
1	Monture	-	400,00	400,00
2	Verres progressifs 431 Organiques anti reflets		750,00	1500,00
 OPTIQUE AKIL Bd. Opticien Sidi Othman				2
			Total TTC	1900,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Neuf cent dix 1000

**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : ..... 26 août 2021 ..... في

**Mme LAHYANE Rachida**

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 1.25 (- 1.25 à 80°)

OG = + 0.75 (- 1.50 à 75°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

OPTIQUE AKIL  
Bd. El Khalil - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42

Dr. ZRYOUIL Merieme  
Ophtalmologue  
52, Bd. el Khalil Hay  
Abdellah - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com