

# 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.

## Pathologie 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.

## 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° M21- 1055290

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société : 86792

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALI FAROUK

Date de naissance : 1948

Adresse : Résidence EL HAMID FARAH SALAM

Tél. : 0644.282498 Total des frais engagés : 1012,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BATHIJA Age : 73

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.

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) :



# 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
30/05/2021			300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/2021	712,30

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tableau A (Liste I)  
Distribué par Zenith Pharma  
AMM Maroc N° 175/15 DMP/21/NRO  
PPV = 112,50 DH  
Lotemax is a trademark of Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.  
© 2019 Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.

HER MED  
PPC  
99.00 DH  
les de 1

Ordonnance

Casablanca, le jeudi 30 septembre 2021

Ordonnance médicale

**PATIENT :** EL ALAOUI Bahija

**TRAITEMENT :**

**1/ Azyter collyre :**

1 goutte matin et soir pendant 3 jours aux deux yeux

**2/ Phylarm collyre :**

Lavage oculaire 3 fois par jour pendant 5 jours

**3/ Lotemax collyre :**

1 goutte 3 fois par jour OG seul pendant 5 jours  
soir sans arrêt OG seul

**4/ Monoprost collyre :**

1 goutte par jour à 22 h OD seul sans arrêt

**5/ Codoraz ou Dorzimidol collyre :**

1 goutte à 9h et 21 h aux deux yeux sans a

**6/ Eole Dual collyre :**

1 goutte 4 fois par jour et au besoin sans arrêt aux deux yeux

Tableau A (Liste I)  
Distribué par Zenith Pharma  
AMM Maroc N° 175/15 DMP/21/NRO  
PPV = 112,50 DH  
Lotemax is a trademark of Bausch & Lomb or its affiliates.  
© 2019 Bausch & Lomb Incorporated

**Azyter 15 mg/g**  
Collyre, 8/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH  
118001 101801  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

PPV : 110,70 Dhs  
**Dorzimidol 20mg/ml + 5mg/ml**  
Dorzolamide/Timolol  
Flacon de / Bottle of 5 ml  
6 118001 272273

**Monoprost 50 microgrammes/ml**  
collyre en solution en récipient unidosé  
PPV : 178,90 DH  
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP  
5 118001 072583  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

PPC: 135,00

E01 21  
02/2024

PPV : 110,70 Dhs  
**Dorzimidol 20mg/ml + 5mg/ml**  
Dorzolamide/Timolol  
Flacon de / Bottle of 5 ml  
6 118001 272273

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca Maroc

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tel : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 004 466 • www.fckm.ma





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 30/09/2021

Quittance - Paiement espèces 0609018

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 300,00

Patient : EL MAOUI BAKIJA



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 116 775 / 2021 du 30/09/2021

Nom patient : EL ALAOUI BAHIIA

Entrée 30/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@fckm.hck.ma  
 N° INP 090061862