

# 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.

## Educational :

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- 069200

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6961 Société : 8870

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Gnioui MOHAMMED

Date de naissance : 26/05/54

Adresse :

Tél : 0661070389 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Gnioui MOHAMMED Age :

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

Nature de la maladie : Aff. Gnioui

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 : CASA Le : 23/09/2021

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
23/09/2024	G + R	1	1000	
11/10/21	c2 A	3	300 DM	
11/10/21	B. C (K20)	4	400 DM	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE</b> <b>SKIREDJ Roukia</b> 15 - 16, Rue Kergomar Résidence Ambar - Casablanca Tél. 022 79 79 01	13/10/21	<b>PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE</b> <b>SKIREDJ Roukia</b> 15 - 16, Rue Kergomar Résidence Ambar - Casablanca Tél. 022 79 79 01 423,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

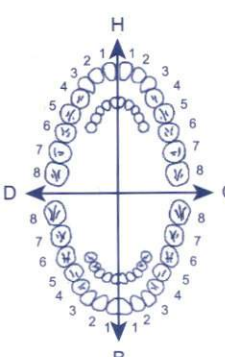
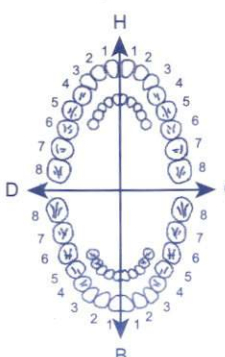
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

صحة العيون  
للدار البيضاء

Casablanca le : 13.10.21

### Concernant M

1 gtte /3/j pdt 7 jours

1 gtte /2/j pdt 7 jours

1 gtte/1/ pdt 7 jours

1 gtt 4 fois par jour jusqu'à fin du flacon

1 gtt 4 fois par jour pdt un mois

1 App. Le soir pdt 10 jours

1 Cp 2 fois par jour pdt 5 jours après les repas

Phylarm

1rin 2 fois par jour

**Urgence 24/24**

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



**À chaque fois que l'oeil est irrité**

16 unidoses 10 ml

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

**Phylarm**

Solution stérile pour usage oculaire



6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHS

406805

6 118001 070398

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

406994

6 118001 070398

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

406994

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عيار

Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج 03-2021

ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 08-2022

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

H7023

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عيار

Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج 03-2021

ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 08-2022

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

H7023

REF: OPHOCO.1000

2021-04 2026-03

1500045

54

BTRO01/V<sub>2</sub>

D.m.a: 03/2020



Casablanca le : 11.10.2021

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de M. G. N. S. O. U. S. M. O. H. A. H. M. E. D

La somme de : Quatre Cent Dirhams  
(400.00DHS)

Pour :

- K20 Biométrie (Prise de mesure  
De l'implant)

**Cachet et signature**

Docteur R. LAMRANI  
Ophtalmologiste

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tél. : 0522 25 71 71 - Fax : 0522 25 11 15

**Urgence 24/24**



Casablanca le : 11.10.2011

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de Mr. G. NIOVI... MANAHED

La somme de : Trois Cent Dirhams  
(300.00DHS)

Pour :

➤ Consultation près Anesthésique  
(CPA)

**Cachet et signature**

Jr. Med Adil EL KASRI  
Anesthésiste Réanimateur  
Ophthalmic Clinic of Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél: 0522 25 71 71 (G) - Fax: 0522 25 11 15

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tél.: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15

**Urgence 24/24**

**OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA**



صحة العيون  
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 230921

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de M.....

Gnioui Mohammed

La somme de : Quatre cent Dirhams  
400.00 Dhs

Pour : consultation + K10 fond d'œil.

**Cachet et signature**

Doc. R. LAMRANI  
Ophthalmologiste

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
Rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tél : 0522 25 71 71 - Fax : 0522 25 11 15

**Urgence 24/24**



Nom : **gnioui, mohameed**  
 ID : 122549  
 Date de naissance : 26/05/1954  
 Date de mesure : 11/10/2021  
 Opérateur : **Ophtalmo clinique**

Formule : SRK®/T  
 Réfraction cible : 0 D  
 n : 1.3375

**ZEISS**

Vérifier la plausibilité des valeurs de mesure AL, car des modifications pathologiques sont possibles !

<b>OD</b> droite				<b>OS</b> gauche			
AL : 24.07 mm (SNR = 160.9) K1 : 43.21 D / 7.81 mm x 71° K2 : 44.06 D / 7.66 mm x 161° R / ES : 7.73 mm / 43.64 D Cyl. : -0.85 D x 71°				AL : 23.87 mm (SNR = 109.4) K1 : 43.72 D / 7.72 mm x 168° K2 : 44.47 D / 7.59 mm x 78° R / ES : 7.65 mm / 44.09 D Cyl. : -0.75 D x 168°			
État : Phaques				État : Phaques			
<b>ophtalia supra</b>		<b>SOFTEC I</b>		<b>ophtalia supra</b>		<b>SOFTEC I</b>	
Const. A :	118.00	Const. A :	118.43	Const. A :	118.00	Const. A :	118.43
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
20.0	-1.20	20.5	-1.21	20.0	-1.13	20.5	-1.13
19.5	-0.84	20.0	-0.86	19.5	-0.77	20.0	-0.78
19.0	-0.48	19.5	-0.51	19.0	-0.41	19.5	-0.43
<b>18.5</b>	<b>-0.13</b>	<b>19.0</b>	<b>-0.16</b>	<b>18.5</b>	<b>-0.06</b>	<b>19.0</b>	<b>-0.09</b>
18.0	0.22	18.5	0.18	18.0	0.28	18.5	0.25
17.5	0.56	18.0	0.52	17.5	0.62	18.0	0.59
17.0	0.90	17.5	0.85	17.0	0.96	17.5	0.92
IOL emmé. : 18.31		IOL emmé. : 18.77		IOL emmé. : 18.41		IOL emmé. : 18.87	
<b>artisan</b>		<b>Alcon SA60AT</b>		<b>artisan</b>		<b>Alcon SA60AT</b>	
Const. A :	115.00	Const. A :	118.80	Const. A :	115.00	Const. A :	118.80
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
17.0	-1.18	20.5	-0.90	17.0	-1.13	21.0	-1.17
16.5	-0.77	20.0	-0.56	16.5	-0.72	20.5	-0.82
16.0	-0.36	19.5	-0.22	16.0	-0.32	20.0	-0.48
<b>15.5</b>	<b>0.04</b>	<b>19.0</b>	<b>0.12</b>	<b>15.5</b>	<b>0.08</b>	<b>19.5</b>	<b>-0.15</b>
15.0	0.44	18.5	0.45	15.0	0.48	19.0	0.19
14.5	0.83	18.0	0.78	14.5	0.87	18.5	0.52
14.0	1.22	17.5	1.10	14.0	1.26	18.0	0.84
IOL emmé. : 15.55		IOL emmé. : 19.17		IOL emmé. : 15.60		IOL emmé. : 19.28	

(\* = modification manuelle, ! = Valeur incertaine !)

*Docteur R. LAMRANI*  
Ophtalmologiste