

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

### 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 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

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° W21-627566

91685

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03090 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAMORAH AHMED  
 Date de naissance : 01.01.1952  
 Adresse : 649 HAY ESSALAMA ELTADIDA  
 Tél. : 06.75290926 Total des frais engagés : 265,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI  
OPHTALMOLOGISTE  
6, Av. Mohamed VI Appt. N°4 - El Jadida  
Tél : 05 23 35 13 08

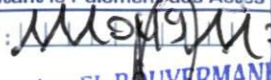
Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 06 09 2021  
 Nom et prénom du malade : HOUBAÏRI NAJAT Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ophtalmologie  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06<br>09<br>11  | G<br>2<br>A       | 1                     | G                               | INP : <br>Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>6, Av. Mohamed VI App. N°4 - El Jadida<br>Tél : 05 23 33 19 08 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 06/09/2011 | 265,30                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

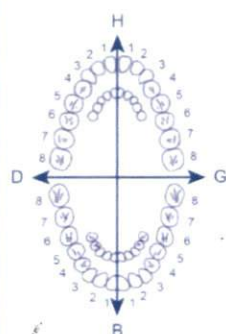
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canalaires, 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"/>         |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |

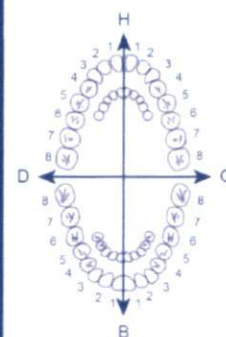
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS      | <input type="text"/> |
| DATE DU DEVIS           | <input type="text"/> |
| DATE DE L'EXECUTION     | <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI

SPECIALISTE DES MALADIES ET  
CHIRURGIE DES YEUX

MICROCHIRURGIE - PHACOEMULSIFICATION  
PAUPIERE- VOIE LACRYMALE

ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE  
LASER-ARGON

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE NICE (FRANCE)

EX. ATTACHE DES HOPITAUX DE NICE

# الدكتور أحمدو البويرماني

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جلالة مافوق الصوتية

ليزر - تصوير أوعية الشبكة

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات (نيس)

El Jadida, le :

06 SEPT 2021

Madame HOUBAIRI NAJAT

- Mydriaticum collyre

1 gtte 4X/j

- Diclosed collyre

1 gtte 3X/j

- Optipred collyre

1 gtte 5X/j

- Icine collyre

1 gtte 4X/j

- Catex 250mg cp boîte de 10 cp

1 cp 2x/j

- compresse oculaire

MYDRIATICUM 0,5 %  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 28,90 DH  
Non remboursable AMO



6 118001 070428

DICLOSED 1 mg/ml  
Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



أوبتيبرد  
Optipred

Lot: 061  
Fab: 08/20  
Exp: 08/22  
PPV: 23 DH 40

Exp: 07/20  
07/22

PPV: 27DH50

AFRIC PHAR  
LOT  
20D021 11/2023  
PPV: 9CDH50

Signé :

Pharmacie Hay  
Dr. SIRRI ILHAM

Imm 20, M 19 Résidence

Oum Errabiaa Hay Espérance

Tél: 0523352929 El Jadida

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI

OPHTALMOLOGISTE

6, Ave. Mohamed VI Apt. N°4 - El Jadida

Tél: 05 23 35 13 08

INPE : 111049110 - ICE : 001665655000007 - CNSS : 63905847

6, AVENUE MOHAMMED VI, APPT N°4 - EL JADIDA

Tél. : 05 23 35 13 08

## Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI

SPECIALISTE DES MALADIES ET  
CHIRURGIE DES YEUX

MICROCHIRURGIE - PHACOEMULSIFICATION  
PAUPIERE- VOIE LACRYMALE

ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE  
LASER-ARGON

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE NICE (FRANCE)

EX. ATTACHE DES HOPITAUX DE NICE

## الدكتور أحمدو البويرماني

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جلالة مافوق الصوتية

ليزر - تصوير أوعية الشبكة

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات (نيس)

El Bilan Sanguin

11 AOUT 2021

Madame HOUBAIRI NAJAT

Faire pratiquer à jeun :

- ⇒ Glycémie
- ⇒ HB Glycosylee
- ⇒ Cré & 2éatinémie
- ⇒ Uree
- ⇒ NFS
- ⇒ VS
- ⇒ CRP

Laboratoire d'analyses  
biomédicales BENJELLOUN  
Dr Nada BENJELLOUN  
Médecin biologiste  
Tél : 0523370137 - 0701290137  
Email: laboratoire.benjellou@gmail.com

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI  
OPHTALMOLOGISTE  
6, Av. Mohamed VI Apt. N°4 - El Jadida  
Tél : 05 23 35 13 08

INPE : 111049110 - ICE : 001665655000007 - CNSS : 63905847

6, AVENUE MOHAMMED VI, APPT N°4 - EL JADIDA

Tél. : 05 23 35 13 08

**Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI**

SPECIALISTE DES MALADIES ET  
CHIRURGIE DES YEUX

MICROCHIRURGIE - PHACOEMULSIFICATION  
PAUPIERE- VOIE LACRYMALE

ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE  
LASER-ARGON

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE NICE (FRANCE)

EX. ATTACHE DES HOPITAUX DE NICE

**الدكتور أحمدو البويرماني**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جلالة مافوق الصوتية

ليزر - تصوير أوعية الشبكة

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات (نيس)

El Jadida, le : **11 AOUT 2021**

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir prendre en charge

**Madame HOUBAIRI NAJAT** pour un examen  
cardiovasculaire dans le cadre d'opération  
de cataracte.

Bien confraternellement.

Signé :

**Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI**

OPHTALMOLOGISTE

6, Av. Mohamed VI Appt N°4 - El Jadida

Tél : 05 23 35 13 08

INPE : 111049110 - ICE : 001665655000007 - CNSS : 63905847

6, AVENUE MOHAMMED VI, APPT N°4 - EL JADIDA

Tél. : 05 23 35 13 08