

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-673473

96990

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11023 Société : R.A.M.

Matricule : 11023

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBENCHER KOUN IMANE

Date de naissance : 05-10-77

Adresse : 68, Bd Sidi Abderrahman Appl. H.H. Casa

Tél : 0646189121 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Loubna KHAYAR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
235, Bd Yacoub El Mansour, Ré:  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél : 05 22 95 17 89

Date de consultation : 08 DEC 2021

Nom et prénom du malade :

BARGACHE IYAS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection 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 : Casablanca

Le : 20/12/21

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 18/12/21        |                   | 62                    | 300                             | INP : 09108585                                                 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

Dr. Loubna KHAYAK  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd. Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage 05 - Casablanca  
Tél. 05 22 05 12 80

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

18/12/21 63.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                          |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | <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>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</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 |  | 0000000 | 0000000 |  | D |  | G | 0000000 | 0000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  | H                                        |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 21433552         |                                          |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | 0000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0000000          |                                          |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  | G                                        |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | 0000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0000000          |                                          |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 11433553         |                                          |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                          |                                              |  |   |          |          |  |         |         |  |   |  |   |         |         |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                          | 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

40834 MA  
Boîte de 1 flacon  
PPV : 35,70 DHS  
AMM N° : 524/18 DMP/21/ NTO  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

9650201008119

Dr. Loubna  
OPHT

Spécialiste des Maladies de l'œil

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 18/12/21

ITALMOLO

أيسين®  
tcin®

Lot: YE0076  
Fab: 05 21  
Exp: 05 23

بنجلون  
حكة العيون

لأشعة

PPV: 27DHS0

جراحة اسول العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السباقة

Pharmacie EL MELLANI FASSI FIER  
5, Rue Cadi Bakkar - Maâri  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 25 46 85

153  
1000  
312  
2710  
63.20

Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

Pharmacie EL MELLANI FASSI FIER  
5, Rue Cadi Bakkar - Maâri  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 25 46 85