

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 065047

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5340

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOURAD BOUCHAIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663517268

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/2/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 0297 en long

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) :

*[Signature]*



# 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
8/2/2022	C2		9	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/2022	405,82

# 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	

# 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 d

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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

# Dr. CHAHID Bouchra

Ophtalmologiste  
Diplômée de l'Université de Lyon (France)  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des yeux  
Laser phacoemulsification  
Correction de la Myopie par lasik  
Diplôme Universitaire de Contactologie  
et Biomatériaux



## الدكتورة شهيد بشري

اختصاصية في طب العيون  
خريجة جامعة ليون (فرنسا)  
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون  
أمراض وجراحة العيون بالليزر  
علاج قصر البصر باللازك

Casablanca, le 22 20 22 في الدار البيضاء.

SIFAT

Toubia

51100  
Cate α

25

(S.V)

1 1/2 + 2 1/2 = 5 1/2

58100  
Indocoll re = 1 1/2 x 4 1/2 = 15 1/2  
2 1/2 x 15 1/2

12150  
Potema α

(S.V)

1 1/2 x 4 1/2 = 15 1/2

2 1/2 x 15 1/2

1 1/2 x 15 1/2

25100  
Mydratia

(S.V)

1 1/2 x 15 1/2 = 22 1/2

28100  
Hy Fres

(S.V)

30100  
Pans

(S.V)

1 1/2 x 4 1/2 = 15 1/2

(S.V)

PHARMACIE CHAHID Bouchra  
Ophtalmologiste  
Rue 2 N° 40 N° 22  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 75 04 35

حي طارق - زنقة 40 - رقم 22 - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 04 35

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE : 001707296000027



MYDRIATICUM 0,5%  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH  
Non remboursable AMO



6 118001 070428  
A.M.M. Maroc N° 19 DMP/21/NTT  
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouckoura - 27182 - MAROC

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ 08-2021 H7516  
Collyre 5ml FAB/ 08-2021  
ZENITH PHARMA EXP/ 08-2022  
AMM N°155/19/DMP/21/NRCDNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DH



Certificat N°2578 /164  
Date: 15/06/2017  
P.P.C : 128 DH 00

LOT 212109  
EXP 02/24  
PPV 51DH40

Tableau A (Liste I)  
Distribué par Zenith Pharm  
AMM Maroc N° 175/15 D  
PPV = 112,50 DH

Lotemax is a trademark of  
or its affiliates.  
© 2019 Bausch & Lomb Inc.

