

# 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° W21-628842

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3289 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SBAILI DRISS

Date de naissance : 12.5.1968

Adresse : Habituelle

Tél. : 067997622 Total des frais engagés : 15 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Nadia BENNANI**  
Ophtalmologiste  
61, Avenue Moulay Hassan 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> Etage  
Casablanca - Email : nadia.bennani@gmail.com  
Tél. : 05 22 20 28 35 / 06 64 77 37 67

Date de consultation : 20 / 05 / 2022

Nom et prénom du malade : M. SBAILI DRISS Age : 64

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 : 31 / 05 / 22

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
20/05/2022	Cs		300-	INP : 91025551 Dr. Nadia BENNANI Ophtalmologiste 61 Avenue Moulay Hassan 1 <sup>er</sup> , 7 <sup>ème</sup> Etage Casablanca - E-mail : diana.bennani@gmail.com Tel : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/22	1254,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

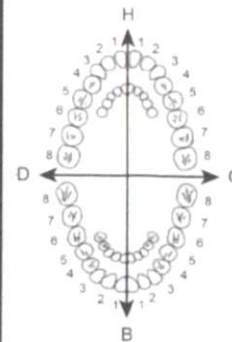
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

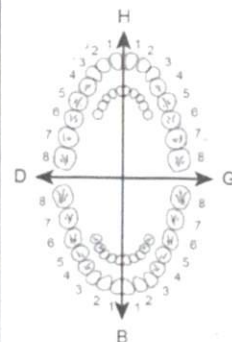
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. Nadia BENNANI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس  
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 20 mai 2022

Mr. SBAILI Driss

DUOTRAV: collyre

1 goutte le soir , dans les deux yeux  
traitement pour 4 mois

OXYAL

1 goutte 2 - 4 fois par jour, dans les deux yeux  
traitement pour 3 mois

PHYLARM 16 UNIDOSES

Rincer les yeux le matin et dans la journée

Dr. Nadia BENNANI  
Ophthalmologiste

61, Avenue Moulay Hassan 1er, 2ème Etage  
Casablanca - E-mail : nadia.bennani@gmail.com  
TEL : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67

STEPHARMACIE HANZA  
CASA-BLANCA  
Lots: Hajj Hassan Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

RIMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

RIMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

RIMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

HER MEDIC  
PVC  
99.00 DHS