

# 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° W21-721544

par courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1948 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JBARA Dine  
 Date de naissance : 01/01/1947  
 Adresse : 05, Rue Mohamed Gharnit  
 Tél. : 0664557044 Total des frais engagés : # 308,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAHMOUD Monam  
Ophtalmologiste  
33 Rue de la Paix Hay El Hassa  
Berkane  
Tél. 05 36 61 81 00

Date de consultation : 05/07/2022

Nom et prénom du malade : JBARA DRIS Age : 75

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : Berkane Le : 05/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-721544

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01948  
 Nom de l'adhérent(e) : JBARA Dine  
 Total des frais engagés : 308,00 Dhs  
 Date de dépôt :

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
25/04/12	C.S.		250.00	INF : 081096760 Dr MAHMOUD L. mohammed Ophtholmologiste 38 Rue de la Paix Hay El Hassani 200006

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AGHBAL</b> <b>Docteur Fouad MITAT</b> <b>Tel 05 36 62 95 39</b> <b>AGHBAL - Prov. BERKANE</b>	10.5 JULI 2022	58,00

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

[illegible]

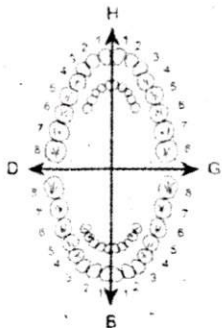
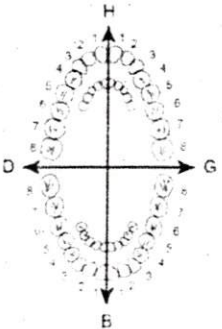
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>35513412</td><td>21433550</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td><b>D</b></td><td><b>G</b></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35513411</td><td>11433552</td></tr> <tr><td><b>B</b></td><td></td></tr> </table> </div>			35513412	21433550	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35513411	11433552	<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	35513412	21433550														
	00000000	00000000														
	<b>D</b>	<b>G</b>														
	00000000	00000000														
	35513411	11433552														
	<b>B</b>															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la protection			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

**Docteur Mohammed MAHMOUDI**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de LILLE (France)

Maladies et Chirurgie des Yeux

**Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification**

Strabologie - Ophtalmologie pédiatrique

Neuro-ophtalmologie - Vision des couleurs

**Angiographie rétinienne - Laser (ARGON et YAG) - Contactologie**

**Echographie Oculaire A et B**

**Examen du Champ Visuel (HUMPHREY)**

**Exploration par OCT = tomographie en cohérence optique**

Ancien interne du CHU de LILLE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris (Hôpital Quinze-Vingt)

**Chirurgie de la Myopie par le Laser Excimer**

Berkane, le mardi 5 juillet 2022

**الدكتور محمودي محمد**

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علم طب عيون الأطفال - علم الحول

جراحة الجلالة بجهاز الفاكو

تصوير الاوعية - أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

صدى العيون - رؤية الألوان - فحص المجال البصري

طبيب داخلي سابقا بمستشفى اختصاصات العيون بليل

طبيب داخلي سابقا بمستشفى 20/15 بباريز

جراحة تصحيح النظر بجهاز الليزر إكسيمر

بركان، في

Monsieur Driss JBARA

- INDOCOLLYRE :

Une goutte trois fois par jour dans les deux yeux

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE:

**PHARMACIE AGH BAL**  
Docteur Fouad MITAT  
Tél 05 36 62 95 39  
Q. AGH BAL - Prov. BERKANE

**Dr MAHMOUDI Mohammed**  
Ophtalmologiste  
33 Rue de la Paix Hay El Hassani  
Berkane  
Tél 05 36 61 81 00

33 زنقة السلام، الحي الحسني - بركان - الهاتف و الفاكس : العيادة: 0536618100  
33, Rue La Paix - Hay El Hassani - Berkane - Tél - Fax : Cabinet : 05 36 61 81 00  
GSM en Cas d'urgence : 06 61 17 56 50  
E-mail : mahmoudiophta@gmail.com

INDOCOLLYRE 0.1% ☐ LOT/عيار H7555  
Collyre 5ml FAB/تاريخ الإنتاج 09-2021  
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 02-2023  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088



**Docteur Mohammed MAHMOUDI**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de LILLE (France)

Maladies et Chirurgie des Yeux

**Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification**

Strabologie - Ophtalmologie pédiatrique

Neuro-ophtalmologie - Vision des couleurs

Angiographie - Laser (ARGON et YAG) - contactologie

Echographie Oculaire A et B

Examen du Champ Visuel (HUMPHREY)

Ancien interne du CHU de LILLE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris (Hôpital Quinze-Vingt)

**Chirurgie de la Myopie par le Laser Excimer**

Berkane, le mardi 5 juillet 2022

**Facture N°22/1745**

Je soussigné Docteur Mohammed MAHMOUDI certifie avoir reçu la somme de 250 dirhams de Monsieur JBARA Driss en honoraires de CS.

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX CENT CINQUANTE dirhams.

Facture remise en main propre de l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit.

**Signé:**

  
Ophtalmologiste  
Rue de la Paix Hay El Hassani  
Berkane  
Tél 05 36 61 81 00