

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-717712

130870

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA

Date de naissance : 10/01/1970

Adresse : N° 14, IMPASS ABU DAR AL GHAFER, EL ZAHRA, BERRECHID,

Tél : 0670562056 Total des frais engagés : 1129,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AHBEDDOU Sanaa  
Ophtalmologiste  
INPE : 101199883

Date de consultation : 12/07/2022

Nom et prénom du malade : Maaroufi Asmaa Age :

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

Nature de la maladie : Myopie

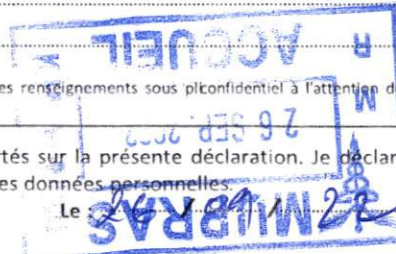
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Berrechid Le : 12/07/22

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : 215/2019

### 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

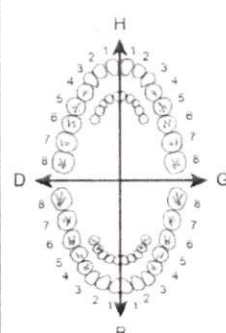
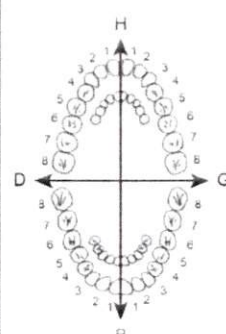


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/07/22	CS		300,00	INP : <input type="checkbox"/> Dr. AHMED NOUR EL DINE Dentiste N° 101190683 Tél : 0533883
25/07/22	CS		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
12/07/22	399,80	101190683
25/07/22	378,40	
12/07/22	541,20	

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="checkbox"/>
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

12 juillet 2022

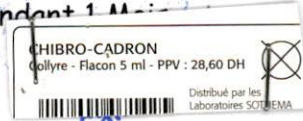
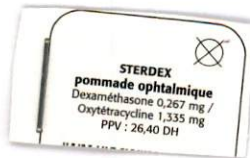
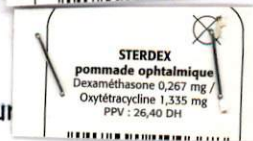
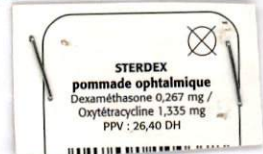
Mme MAAROUFI Asmaa

**CHIBROCADRON**

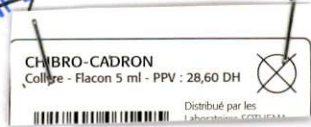
1 goutte toutes les 5 minutes pendant la premiere heure  
puis 1 goutte / heure pendant 48 h  
puis 1 goutte 8 fois par jour pendant 1 semaine  
puis 1 goutte 6 fois par jour pendant 1 semaine  
puis degression  
, dans les deux yeux

**STERDEX POMMADE**

1 application / jour le soir , dans les deux yeux, pendant 1 semaine



Dr. AHBEDDOU Sa  
Ophtalmologiste  
INPRE: 101199883



CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182



**OPHTALMOCLINIC NOOR**

10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat

Tél : 0537 911 911

# Reçu de caisse

N°: 220712110802CH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22G121108	MAAROUFI ASMAA	12/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :CHAFAI

OPHTALMOCLINIC NOOR SA  
10, Avenue des Nations Unies,  
Agdal - Rabat  
Tél : 0537 911 911 (C1)

25 juillet 2022

**Mme MAAROUFI Asmaa**

COSOPT: COLLYRE

1 goutte 2 fois / jour matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois:

12810 X3

378.30

OPHTALMOCLINIC NOOR SA  
10, Avenue des Nations Unies,  
Agdal - Rabat  
Tél : 0537 911 911  
Dr. AHMEDDOU Sanaa  
Ophtalmologiste  
INPE : 101199883

LOT W005198 1  
EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH

EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH

LOT W005198 2  
EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH