

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0037449

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7278 Société : RAM 137584  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MEHAFERRA Nour Eddine  
Date de naissance : 03/02/1959  
Adresse : Dakh CHAPLLEF rue 43 No 2  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou  
qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme  
et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou  
le kinsithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro-Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1626478

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Zenzane Dahbia Age       
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A Casa le 28/09/2022 Signature et cachet du médecin Dr. Rada Mikou  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 1626478  
Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : .....



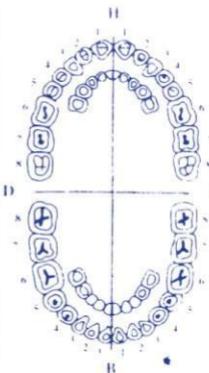
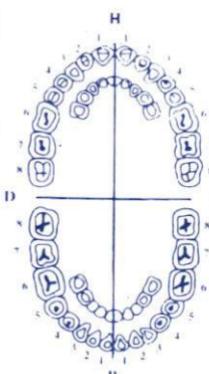
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE GHALLE</b>  <b>EL KADRI ACHMED</b>  <b>Docteur en Pharmacie</b>  <b>Rue Jabir Al Ansari - Derb Ghalle</b>  <b>Tél.: 05 22 25 28 51</b></p>	23/09/22	179,00

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 <p>Dr. Abdelhak Berradjia 184, Rue des Arabes Casablanca</p>	26/01/80					3000.00

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																																									
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																						
				<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					
				<b>Montant des Soins</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					
				<b>Début d'exécution</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					
				<b>Fin d'exécution</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																								
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">           (Création, remont, adjonction)            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </td> <td> <b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <b>Montant des Soins</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <b>Date du Devis</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <b>Date de l'exécution</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div>		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>				<b>Montant des Soins</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>				<b>Date du Devis</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>				<b>Date de l'exécution</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div>																																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					
				<b>Montant des Soins</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					
				<b>Date du Devis</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					
				<b>Date de l'exécution</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Reda MIKOU**  
**Ophthalmologiste**  
**Chirurgie Vitéo-Rétinienne**

**CLINIQUE STENDHAL**

الدكتور رضى ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية

Ancien interne des hôpitaux de France  
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris  
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology  
Diplôme de Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Dijon  
Diplôme d'Imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII



PT220922115621

28 septembre 2022

**Mme ZENZANE Dahbia**

OPTIVE FUSION

1 goutte x 3 / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

179/10  
PHARMACIE GHALLÉ  
Mme. EL KADRIAGUEDACH Leila  
Docteur en Pharmacie  
121, Rue Jabir Ansari,  
Derb Ghalef - Casablanca  
Tél : 05 22 25 28 51

PHARMACIE GHALLÉ  
Mme. EL KADRIAGUEDACH Leila  
Docteur en Pharmacie  
Rue Jabir Al Ansari - Derb Ghallef  
Tél : 05 22 25 28 51

**Dr Reda MIKOU**  
**Chirurgien Ophthalmologiste**  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

**Euro medic**  
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC



# نظارات إسلام

## LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 00547430000120

Facture

0003083

Casablanca, le

08/10/22

M. ZENZANE DAH BIA

Doit

Monture des Verres	Vision de loi	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
PROGRESSIF log amical AN	OD 1 OG 1	OD 1 OG 1	OD 1 OG 1	OD OG
Monture	Métal	Plastique		1000,00
V.L. : - OD + 2,50 (-0,85 à -1,25)				1000,00
- OG + 2,25				1000,00
V.L. : - OD				
- OG				
ADD. / + 2,25				
TOTAL				3000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

trois mille dinars



PT220922115621

28 septembre 2022

**Mme ZENZANE Dahbia**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 2.50 (- 0.25 à 129)

OG = + 2.25

VP : ODG = Add : + 2.25

**Dr Reda MIKOU**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

LUNETTES ISLAM  
184, Rue des Anglais Bnha Idha  
Casablanca