

# 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 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

- 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  
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

151287

**Déclaration de Maladie : N° P19-0000724**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0527 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EZZAHAF ELBOUATTAJ Date de naissance : 01.01.1944  
Adresse : 32 AV. OUD DAHAB  
Tél. : 0663572332 Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

الدكتورة خديجة فليتي  
Dr. Khadija FILTY  
اختصاصية في طب وجراحة العيون  
Ophtalmologiste  
Tél : 05 23 00 43 Casablanca


Date de consultation : 21/11/2022  
Nom et prénom du malade : CHABAOUTI Zouaida Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Glaucoma à angle ouvert + syndrome  
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 : 01/12/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

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
21/08/89	C5	1	200 dh	 Dr. Khadija EL Khatami Ophtalmologiste Tél : 01 22 31 01 43 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/22	85080

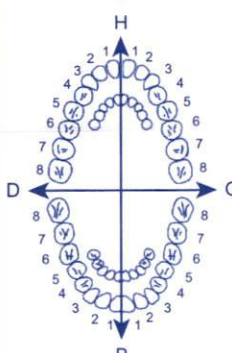
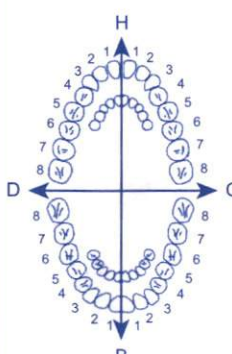
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

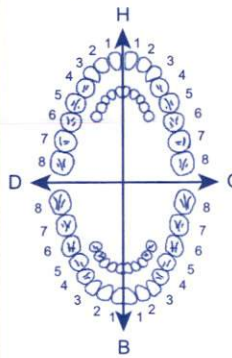
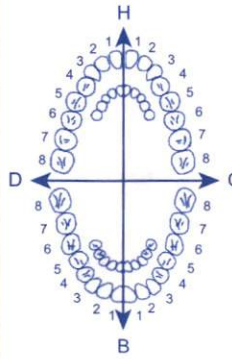
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/>           00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					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																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	B																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	D                      G					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>												
						DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr KHADIJA FILTY**

Spécialiste des maladies et  
Chirurgie des Yeux  
Ex. Chef de Service Ophtalmologie  
à l'Hôpital Mohamed SEKKAT  
Aïn chock

Membre de la société Française  
d'ophtalmologie Paris

Certificats médicaux pour permis de conduire



**الدكتورة خديجة فالتى**

اختصاصية في أمراض وجراحة  
العيون

طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون  
بمستشفى محمد السقاط عين الشق  
عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس  
تسليم الشواهد الطبية من أجل رخصة السياقة

**Ordonnance**

الد البيضاء في : 21 / 12 / 2022 : Casablanca :

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
ppv : 178.90 DH

6 118001 072583  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°

N° CHABAOUI Zouhida



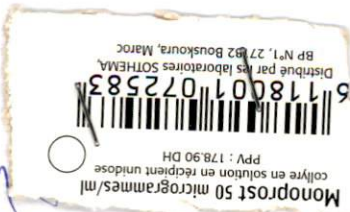
1. Monoprost unidose (recouvert)

17990x4

IS 1/2 0204 à 22h



2. gel (1)



3. Appliquez le sur l'oeil

1350

4. Eau oculaire



106 الطابق الأول فوق مقهى انكونا قرب صيدلية مسكينة، بن مسيك أسطانه الدار البيضاء

Boulevard Oued ED-DAHAB, N°106, 1er étage Ben Msik - Ca

GSM : 06 08 93 17 90 / Tél. : 05 22 37 07 43

الدكتورة خديجة فالتى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
Dr. Khadija FILTY  
Ophtalmologiste  
Casablanca

PPC: 135.00

E 01 24

07/2025

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH\*



6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583

Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc