

## 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

- Réclamation : 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



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 053137

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1901 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : AL8938  
Nom & Prénom : JABRANE Hassan  
Date de naissance : 21/01/1955  
Adresse : AL YASSMINE R.S. imm 74 Apt 7 Eloulfa Casablanca  
Tél. : 0663291879 Total des frais engagés : 250 + 89 = 349,0 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/23  
Nom et prénom du malade : Youssef CHABBI SAIDA Age : 65

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

Nature de la maladie : 16

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 : 12/06/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

le B  
le B  
le B

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents	Nature des	Quantité	Unité	Montant
-------	------------	----------	-------	---------

SOINS DENTAIRES	Traitées	Soins	Coefficient
-----------------	----------	-------	-------------

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-------	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT	
---------------------	--------------	-------------	--

	<p><b>H</b></p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<p>SUFFISANT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
25533412	21433552							
00000000	00000000							
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>D</b></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>B</b></p>	<b>D</b>	00000000	<b>G</b>		35533411	11433553	<p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<b>D</b>	00000000	<b>G</b>						
	35533411	11433553						

**[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

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

# Dr Laila Tazi Mezalek

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Experte assermentée au près des tribunaux



## الدكتورة ليلي التازي المزعلك

اختصاصية في طب و جراحة العيون

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Diplômée en Phacoemulsification et Chirurgie Refractive à Bordeaux

Diplômée en Chirurgie Vitréorétinienne de Dijon France

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancienne Interne de l'Hôpital 20 Août Casablanca

Médecin des Services Sociaux des Forces Armées Royales

دبلوم في جراحة الجلالة و تصحيح البصر ببيرو فرنسا

دبلوم في جراحة الشبكية بديجو فرنسا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى الجامعي 20 غشت الدار البيضاء

طبيبة بالمصالح الاجتماعية للقوات المسلحة الملكية

12 Juin 2023

Casablanca, Le .....

Mme **CHAABI SAIDA**

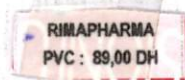
89,00



لا يغير تاريخ الفحص

**VISIONLUX COLLYRE**

1 goutte 4x/jour, les deux yeux, 3 Mois



PHARMACIE EL MASJID EL HABIB  
- EL HABIB EL HABIB  
- en Pharmacie  
Riad Hassan CHAABI  
OUSA - OULFA  
Tél : 05 22 90 05 67

Docteur Laila TAZI MEZALEK  
Ophtalmologiste  
110, Angle Bd. Tensift et Bd. Oued Sebou  
2ème Étage Oulfa Casablanca  
Tél : 05 22 90 05 67

710, ملتقى شارع تانسيفت وشارع واد سبو - الطابق الثاني - رقم 4 الألفة - الدار البيضاء 05 22 43 04 82

INPE: 091172270 710, Angle Bd. Tensift et Bd. Oued Sebou 2<sup>ème</sup> étage, N° 4 El Oulfa - Casablanca