

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-014484

171343

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 024031 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZOURATI HAMID
 Date de naissance : 06-08-58
 Adresse : Résidence El-Sabih 1726
 Tél. : 0667910376 Total des frais engagés : 1662.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalila SBAI IDRISSI
 Ophtalmologiste
 84, Bd Mohammed VI 1er
 Tél: 05 22 20 45 45
 INPE: 091033100
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06 JUN 2023
 Nom et prénom du malade : ZOURATI Hamid Age: 64
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca

Le : 10 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'El
 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
06 JUIN 2023			300	Dr. Dalia Sami Driss Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél 05 2 06 06 INPE: 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/06/2023

13.48,90

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

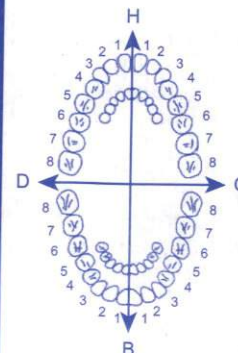
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

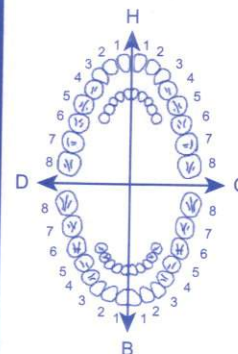
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[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

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 06 juin 2023

Mr ZOUROUTI Hamid

192,10x3

DUOTRAV

une goutte le soir à heure fixe non stop

91,50x4

ALPHAGAN: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour; 8h30 et 20h30

129,00x2

VISNEUROX OMK1

1 goutte x 3 par jour

71,30x2

TANAKAN CP

1 cp x 2/j x 3 mois

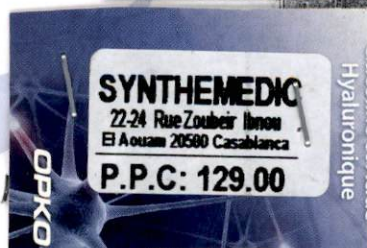
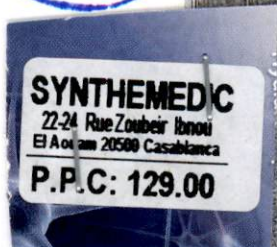
134290

Traitement pendant : 3 Mois , dans les deux yeux

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الصلاحية

Résidence WIAM, 84 Bd. Mohammed VI - Casablanca - Tél. : 05 22 86 06 06 - GSM : 06 62 77 77 56

E-mail : dsbai2000@yahoo.fr • ICE : 001648675000045 • I.N.P.E : 091033100



Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd Mohammed VI
Tél. 05 22 86 06 06

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407392 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml

6 118001 251384

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml

6 118001 251384

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml

6 118001 251384

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml

6 118001 251384

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml

6 118001 251384

Alphagan®
0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

PPV: 91DH50

Alphagan®
0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

PPV: 91DH50

Alphagan®
0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

PPV: 91DH50

Alphagan®
0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

PPV: 91DH50

tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS

6 118000 011545

tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS

6 118000 011545

71,30

71,30