

## 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.

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-816607

176505

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08700 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FARISS ABDELALI

Date de naissance : 03/08/68

Adresse : Hobartelle

Tél. : 06 5483535 Total des frais engagés : 256 + 1847 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/09/2023

Nom et prénom du malade : FARISS ABDELALI

Age : 55 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : 22/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
11/09/23	C.S.		250DIT	INP 091264507

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE</b> <b>Des Dents</b> <b>Dr. ZINE</b> <b>Marque Nauras, Lot Nauras</b> <b>Quimper - 0522 28 28 60</b>	11/09/2023	1947,90

# 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
		A M	P C	I M	I V	

ADHERENT

# 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="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Rihab NASROUNI**  
Ophtalmologiste  
Enfants et adultes

- Ex-médecin Interne au  
CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté  
de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté  
de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصراني  
طب وجراحة العيون  
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقا بالمركز  
الإستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالمدرسة البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة  
بكلية الطب بالرباط

15 septembre 2023

Mr. ABDELALI Faris

**navibler®**  
RIMAPHARMA  
PVC : 90,00 DH

**NAVIBLEF: mousse pour les paupières**

1 massage des paupières le soir au coucher; coton + mousse, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

$90,00 \times 2 = 180,00$

**LEVOPHTA: COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pen

$75,00$

**NAABAK**

$84,00 \times 2 = 168,00$

1 gte x 3/ j, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

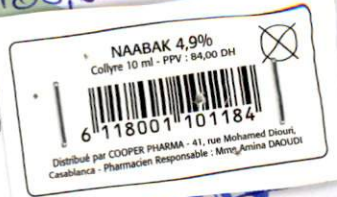
**XILOIAL ZERO**

$179,00$

1 gte 3 - 4fois /j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Cover au 10/5  $269,00 \times 5 = 1345,00$

1 cp le soir / 1/4 de 6 mois



PHARMACIE  
LABIAD ZINER  
Rue Mohamed El Mehdi  
Bouazza - Casablanca  
Tél: 05 22 29 26 89



الساحل 2. رقم 19. الطابق الثاني، دار بوعزة - الدار البيضاء  
ar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)  
3 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

navibler®

PHARMA

PVC : 90,00 D

RE

حقيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10<sup>5</sup>

30 حبّة



269,00

حقيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10<sup>5</sup>

30 حبّة



269,00

حقيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10<sup>5</sup>

30 حبّة



269,00

حقيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10<sup>5</sup>

30 حبّة



269,00



حقيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10<sup>5</sup>

30 حبّة



269,00