

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-770700

*Courrier*

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1034 Société : 80590

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUKAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. EL BOUAYCHI ALAE**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Imm. Al Mountazah, Angle Av. Méditerranée  
et Rue Bengir, Bureau N°8, Bettana - Sale  
Tél.: 05 38 83 01 20  
INPE : 101265502

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770700

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
21/09/23			2500F	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dr. EL BOUAYCHI Ala Spécialiste en Ophtalmologie Al Mountazah, Angle Av. Méd. Beltan

**Dr. EL BOUAYCHI Alae**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Imm. Al Mountazah, Angle Av. Medjouna  
et Rue Benguir, Bureau N° 9, Beltana - Salé  
Tél.: 05 38 83 01 20  
INPE : 101265502

[illegible][illegible][illegible]

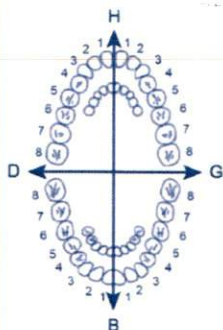
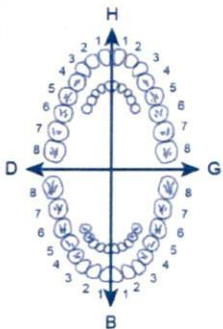
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

**Important :**

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

## SOINS DENTAIRES

## Dents Traitées

Nature de  
Soins

Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

2553341  
0000000

---

2	21433552
00	00000000

- G

111

3553341

1	11433553
---	----------

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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



Cabinet d'Ophtalmologie  
**Dr. EL BOUAYCHI Alae**

**أخصائي في طب و جراحة العيون**

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بالرباط
- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

**Ophtalmologiste**

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Ancien interne du CHU de rabat
- Ancien interne aux hôpitaux de Paris

Salé le : ..... سلا في:

21 septembre 2023

Mme DOUKALI Laila

DUOTRAV: COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour, dans les deux yeux le soir à la même heure  
pendant 6 mois

20 Physer  
32.90

PHARMACIE ALAÏ  
12, Av. Méd. Belkacem El Ouzzani, Groupe  
AL Ara' Bloc 4 - Tal'adoun  
Tél. 05 37 63 16 40

Dr. EL BOUAYCHI Alae  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Imm. Al Mountazah, Angle Av. Mediouna  
et Rue Bengrir, Bureau N°9 Bettana - Salé  
Tél.: 05 38 83 01 20  
INPE : 101265502

**ISOPHARM**  
**PHYSER**  
Sérum  
physiologique  
**32.90 dhs**

Dr. EL BOUAYCHI Alae  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Imm. Al Mountazah, Angle Av. Mediouna  
et Rue Bengrir, Bureau N°9 Bettana - Salé  
Tél.: 05 38 83 01 20  
INPE : 101265502

Adresse: Imm Al Mountazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir,  
Bureau N°9, 2<sup>ème</sup> étage Bettana - Salé

E-mail: ophtalmologiecms@gmail.com Tél: 05 38 83 0120





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

Remboursable AMO  
407393 MA

DUOTAV® 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/ NRO

Remboursable AMO  
407393 MA

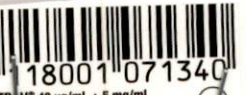
**DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL**  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
RPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/NBO

Remboursable AMO  
407393 MA

**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/ NRO

Remboursable AMO  
407393 MA

**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/ NRO

Remboursable AMO  
407393 MA

**DUOTRIV® 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/ NRO

Remboursable AMO  
407393 MA