

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-825446

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13128

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Chergui Darif Admane

Date de naissance : 10/9/1992

Adresse : Les sidi abderrahman GH 14 apt 45 Oulfa

Casablanca

Tél : 0611 42 42 90

Total des frais engagés : 636

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ATIDI Hanane  
Médecin Ophtalmologiste  
Attabar Business Centre  
131 Rue Attabar Lot chantimar  
Maarif Extension - Casablanca

Date de consultation : 31/10/2023

Nom et prénom du malade : CHERGUI DARIF ADNANE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : transfiguration + Allergie au caïre

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 10/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Admane

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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.



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
31/10/23	C/S		300,00 DH	<div> <div>INPE 091280974</div> <div> <div>ATIDI Hanane</div> <div>Ophthalmologiste</div> <div>Business Centre</div> <div>Chantimar</div> <div>Albablanca</div> </div> </div>

INP : 000097A

INPE 0912000  
Dr. ATIDI Hanane  
Médecin Ophtalmologiste  
N° 1038 - Business Centre  
10 Rue Attabari Lot chantimar  
Madinat Extension - Casablanca  
Montant de la Facture

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

Date des Soins

Nombre

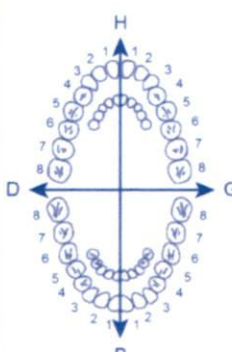
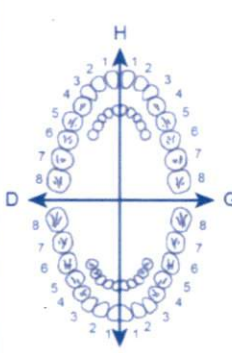
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
					DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
					DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>

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 canalaires, ainsi que le bilan d

Dents  
Traitées[illegible]

Coefficient

INP : 

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Dr Hanane ATIDI**

**Spécialiste en Ophtalmologie**



**الدكتورة حنان عاتدي**

**أخصائية في طب وجراحة العيون**

دبلوم كلية الطب بمراكش

دبلوم كلية الطب بغيرساي - باريس

طب العيون للكبار والأطفال - جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

تقويم النظر بالليزر - العدسات اللاصقة - العين ومرض السكري

التصوير بالموجات فوق الصوتية - تصوير أوعية الشبكية والليزر

التصوير المقطعي بالتماس البصري

Diplômée de la faculté de médecine

de Marrakech et de Versailles (Paris)

Chirurgie de cataracte - Ophtalmologie pédiatrique

Lentilles de contact - Rétine - Chirurgie réfractive

Explorations ophtalmologiques



091280974

31/10/2023

**ORDONNANCE**

**Patient : CHERGUI DARIF ADNANE**

**1 OPATANOL COLLYRE FL /5 ML (LES DEUX YEUX)**

1 goutte x2/J pendant 1 Mois

**2 ZERODUE ( les 2 yeux)**

1 goutte x3/J pendant 3 Mois

Pharmacie AL MAWLI  
Angle Rue Ibnou Katt  
et Abou Hassan Sagh  
Maarif Extension Casa - Tél. 0522 23 17 0

**Dr. ATIDI Hanane**  
Médecin Ophtalmologiste  
Attabar Business Center  
134 Rue Attabari Lot chahantmar  
Maarif Extension - Casablanca

Attabari Business Center, 134 Rue Attabari,  
(Derrière Ghandi Mall), 1er Etage,  
N°3 - Maarif Extension - Casablanca

مركز الأعمال الطبري. 134 زنقة الطبري. (خلف غاندي مول)

الطابق الأول. رقم 3 - امتداد المعارف - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 94 29 50 - E-mail : atidihanane14@gmail.com

Fabr  
ALFZ  
Indu  
Sple  
-mail Benflera 26

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
82.00 DHS

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
82.00 DHS

Fat  
ALI  
Ind  
Sp

Via Fratelli Bandiera, 20  
90026 Casoria (NA) - Italia

Titulaire de l'AMM au Maroc :  
Laboratoires SOTHEMA  
27182 Bouskoura-Moroc  
Sous licence des Laboratoires  
Novartis European limited



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ  
PPV : 90,70 DHS 407253 MA