

# 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

- 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'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**  
M22- 0015328

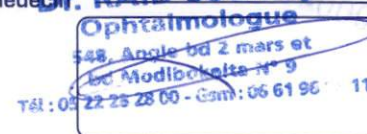
☒ Maladie Ophthalmologie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2069 Société : RAM 186225  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : Mr SOUMMANE Abdessadeq  
Date de naissance : 01-01-1949  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0766606789 Total des frais engagés : Consultation: 300,00 + médicament 642,50  
**TOTAL: 942,50 Dhs**

Cadre réservé au Médecin Dr. RAID Soumaya

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 / 11 / 2023  
Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq Age : .....  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
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 : 11 DEC 2023  
Signature de l'adhérent(e) : ..... **ACQUEIL** 17 DEC 2023

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 la réalisation des Actes
27/11/23		CS	300 DH	
07/12/23	Contrôle	Gratuit		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme. EL ALAOUI Aïcha 575, Av. du 2 Mars Andalous 1 Tél: 05.22.28.57.84 - Casablanca	27/11/23	105,00
Mme. EL ALAOUI Aïcha 575, Av. du 2 Mars Andalous 1 Tél: 05.22.28.57.84 - Casablanca	07/12/23	642,50

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

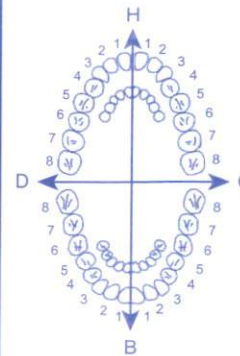
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

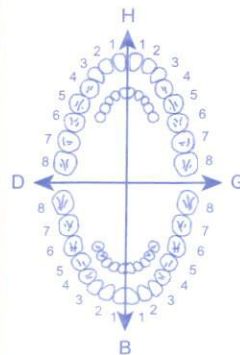


## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## 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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV: 98 DH 20



PPV: 98 DH 20



PPV: 98 DH 20

FIN  
D'EXECUTION

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



PPV: 57,90 DH



PPC: 145,00



PPC: 145,00 DH

**Dr. SOUMAYA RAID**

**OPHTHALMOLOGUE**

**Adultes et Enfants**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



**د. سمية رايش**

أخصائية في طب و جراحة العيون  
للکبار و الصغار  
خريجة كلية الطب  
و الصيدلة بالدار البيضاء

**ORDONNANCE**

Casablanca le

07/12/23

**Mr. SOUMMANE Abdessadeq**

**ALLERGOCOMOD**

1 goutte x 4 / j , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

**LATANO**

1 goutte le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**AQUALARM UP**

collyre 1 goutte 4 fois / j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

642,50

PHARMACIE du 2 MARS  
Mme. EL ALAOUI Aicha  
575, Av. du 2 Mars Andalous 1  
Tel: 05.22.28.57.84 - Casablanca

Dr. Soumaya Raid  
Ophtalmologue  
Bd. Mohammed VI  
Casablanca  
Tél: 06 61 96 06 11  
Gsm: 06 61 96 06 17

548 محج 2 مارس تقاطع شارع موديوكيتا الطابق 2 رقم 9 إقامة السنة - الدار البيضاء

548, Av 2 Mars Ang Bd Modibo keita, Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca

☎ 05 22 28 28 00 ☎ 06 61 96 06 11 ✉ raidsoumaya@gmail.com



**Dr. SOUMAYA RAID**

**OPHTALMOLOGUE**  
Adultes et Enfants

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



**د. سمية رايش**

أخصائية في طب و جراحة العيون  
لل كبار و الصغار  
خريجة كلية الطب  
و الصيدلة بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

Casablanca le

27/04/23

**Mr. SOUMMANE Abdessadeq**

105,00

**CROSS**

2 gouttes x 3 / j , dans les deux yeux, pendant 10 jours



Dr. RAID Soumaya  
Ophtalmologue  
548, Ang 2 Mars Bd Modibo Keita, Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca  
Tél : 05.22.28.57.84 - 06.61.96.06.11

**PHARMACIE du 2 MARS**  
Mme. EL ALAOUÏ Aïcha  
575, Av. du 2 Mars Andalous 1  
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca

548 محج 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا الطابق 2 رقم 9 إقامة السنة - الدار البيضاء

548, Av 2 Mars Ang Bd Modibo keita, Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca

☎ 05 22 28 28 00 ☎ 06 61 96 06 11 ✉ raidsoumaya@gmail.com

# CROSS®

Acide Hyaluronique Réticulé  
CrossLinked Hyaluronic Acid

PPC:105,00


0,4%  
(4 mg/ml)

Soulagement de la sécheresse oculaire  
Ré-épithélialisation de la surface oculaire

Relief of eyes dryness  
Ocular surface re-epithelialization

Sans Conservateur  
Preservative free

 Gouttes oculaires  
Eye Drops

 10 x 0,5 ml  
Unidoses refermables  
Reclosable single doses

  
E-PROM  
Pharma

**COMPOSITION:** Solution aqueuse de polymères croisés d'hyaluronate de sodium (dont 0,4% de polymère croisé d'hyaluronate de sodium), Trémétamol, Hydrochloridric acid 2N, Chlorure de sodium, Eau Pour Injection-Sans conservateur.

**MODE D'UTILISATION / PRECAUTIONS ET MISES EN GARDES AVANT UTILISATION:** Voir les instructions dans le prospectus. A conserver entre 2°C et 30°C loin de la chaleur et exposition directe aux rayons solaires.

**VALIDITE:** A utiliser avant la date de péremption mentionnées sur la boîte et sur les unidoses.

**COMPOSITION:** Sodium hyaluronate crosspolymer aqueous solution (of which sodium hyaluronate crosspolymer 0.4%), Trémétamol, Hydrochloridric acid 2N, Sodium chloride, W.F.I., Preservative free.

**INSTRUCTION FOR USE / WARNINGS AND PRECAUTIONS BEFORE THE USE:** See the instruction leaflet inside the pack.

Store between 2°C and 30°C in a dry place away from heat and direct exposure to sunlight.

**VALIDITY:** With un-open pack, not exceed the expiry date stated on the box and on the unidoses.

