

## 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 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° W21-777101

189122

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5742

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKERROU KHADJA & ABBOU

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : 23, Rue des PELICANS - OASIS

CASA

Tél. : 06 64 15 15 27

Total des frais engagés : 268,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalila SBAI IDRISSI

Ophthalmologiste

84, Bd Mly Driss 1er

Tél: 06 22 26 06 06

INPE: 091033106

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : BENKERROU Khadija Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 1882

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.

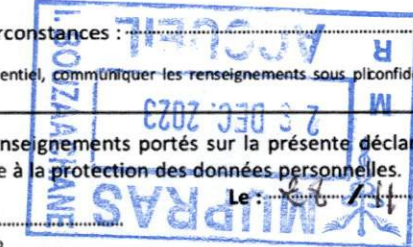
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 22/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
25/11/2023		5	4100	INP : <b>INPE: 091033</b> <b>Dr. Dalila SBAI IDRIS</b> <b>Ophthalmologiste</b> <b>84, Bd Miv Driss 1</b>
28/11/2023		5	4100	

**Dr. Dalila SBAI IDRISI**  
**Ophthalmologiste**  
**84, Bd Miy Driss 1er**  
**Tél: 06 22 86 06 06**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE JERRADA</b> 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél: 22.64.49 / 99.05.88	20/11/2023	116,00
28/11/23	28/11/23	152,60

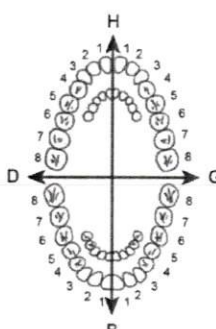
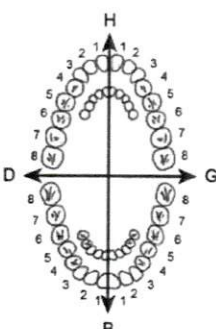
[illegible][illegible]

# 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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

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 وجراحة العيون  
جراحة الساد (الجلالة)  
بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي  
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 28 novembre 2023

Mme BENKERROUM Khadija

19.00

DIAMOX: CP 250 MG

1/2 cp 3 fois par jour, pendant 15 jours

24.60

POTASSIUM SIROP

1 CS 2 x/j, pendant 15 jours

109.00

HYE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour pdt 3 mois, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

152.60

Jr. Dalila SBAI ID  
Ophtalmolog  
84, Bd My Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

PPU 24DH60  
EXP 08/2026  
LOT 36035 2

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abdelrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 23.54.49 / 99.05.10

LOT 0780723  
2025/07  
PPC DHS 109,00

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص



# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 20 novembre 2023

**PHARMACIE JERRADA**

61, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - CASABLANCA

Tél.: 23.54.49 / 99.09.19

Mme BENKERROUM Khadija

**INDOCOLLYRE**



258. W

1 goutte 3 fois par jour x 1 mois

116. W

dans l'œil gauche

**PHARMACIE JERRADA**  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 23.54.49 / 99.09.19

**Dr. Dalila SBAI IDRISSE**  
**Ophthalmologiste**  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06



لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص