

# 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'attente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.
- Le rachat des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## Radio logie et Biologie :

- L'acture 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'attente 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 canalaires, 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.
- Le bilan d'après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles :

- Information : contact@mupras.com
- Paiement 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

W21-839542

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10126

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DADOUN HANAA

Date de naissance : 27-01-72

Adresse : 7, rue Stéphane Mollamé, Cas.

Tél : 06 61 24 66 19

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/02/2024

Nom et prénom du malade : DADOUN HANAA

Lien de parenté : (X) Père

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 : CASA

Le : 10/02/24

Signature de l'adhérent(e) : 19

| 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 Prélèvement des Actes |
| 10/02/24                       | C.S               |                       | 300,00                          |                                                                   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|                                        | 10/02/24 | # 335,00 Dk           |

| 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 |
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|---|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
| Important :<br>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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX                                                                                                                                    |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br>DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/><br>FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/> |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                        | COEFFICIENT DES TRAVAUX                                                                                                                                    |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> |                  |             |                        | H                                                                                                                                                          |  | G |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br>DATE DU DEVIS<br><input type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|                                                                                                                             | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  | G           |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 21433552         | 00000000    | 00000000               |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00000000         | 00000000    | 00000000               |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00000000         | 00000000    | 00000000               |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 11433553         |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |                        | Montant des Honoraires                                                                                                                                     |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |             |                        |                                                                                                                                                            |  |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris  
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France  
Diplômée en "Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires",  
Université Paris 12, France



PT230117154750



10 février 2024

**Mme DADOUN Hanaa**

**PHYSIO serum oculaire**

Lavage oculaire 2X/j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

1570.00  
**THEALOSE collyre**

1 goutte x3/jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

1780.00  
**CATIONORM**

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

**OPTIPRED**

1 goutte x 3 /jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

3350.00



Dr. Maryam EL IKHLOUFI  
Spécialiste en Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com