

# 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 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## 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'Indépendance - 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

M23-014488

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03431 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZOUROUTI HAMID  
 Date de naissance : 06.08.58  
 Adresse : Résidence Salsabila N°36 Bd Abdelhadi Boudalab Casablanca  
 Tél. : 0667910375 Total des frais engagés : 15M,700 Dh

### Cadre réservé au Médecin Dr. Dalila SBAIDRISSI

Cachet du médecin :  
 Ophtalmologiste  
 84, Bd Mly Driss 1er  
 Tél: 05 22 86 06 06  
 INPE: 091033100  
 Date de consultation : 21 DEC 2023  
 Nom et prénom du malade : ZOUROUTI Hamid 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 : 12/03/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
21 DEC. 2023		22	3000	Dr. Dania BOUABASSI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 23 86 06 06 INPE: 091033100

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21/12/23

1211,70

# 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

AM

PC

IM

IV

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 :

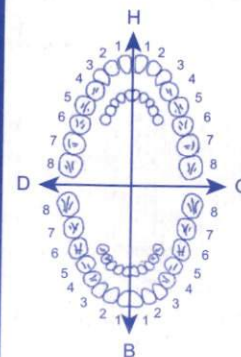
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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 21 décembre 2023

Mr ZOUROUTI Hamid

179,60x08  
192ml

DUOTRAV



une goutte le soir à heure fixe non stop

9150x04

ALPHAGAN: collyre

1 goutte 2 fois par jour; 8h30 et 20h30

VISNEUROX omk1

1 goutte x 3 à 4 par jour pdt

CORNEREGEL

une application généreuse le soir au coucher pdt

Traitement pendant : 4 Mois , dans les deux yeux

12.11.70

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص



Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophthalmologiste  
84, Bd Moulay Driss 1er  
Tel: 05 22 86 06 06



6 118001 071340

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 NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
AMM N° 591/18 DMP / 21 NRQ  
PPV 179,60 DH

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
AMM N° 591/18 DMP / 21 NRQ  
PPV 179,60 DH

6 118001 071340

PPV:91DH50

قنبلة من فئة 5 مل

قطرات العين

بريسونين  
0.2%



PPV:91DH50

قنبلة من فئة 5 مل

قطرات العين

بريسونين  
0.2%

**Corneregel Gel ophta 10g**

ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette

L1MA01 / 49809E300/1-MA

**Corneregel Gel ophta 10g**

ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette

L1MA01 / 49809E300/1-MA

PPV:91DH50

قطرات العين

بريسونين  
0.2%



ALLERGAN

PPV:91DH50

قنبلة من فئة 5 مل

قطرات العين

بريسونين  
0.2%



5%

PPV: 71,10 DH

PPV: 71,10 DH