

# 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.

## Biologie 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.

## Educational :

- 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.

## Prothèse :

- 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

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.

**S : 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° P19-0037701

- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 371 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FRED - ABDERRAHIM  
Date de naissance : 1936  
Adresse : 4, Bis RUE D'OUJDA APT 4, RABAT  
Tél. : 0537705436 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 24/9/19

Signature de l'adhérent(e) :





## conditions générales

### PUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- SY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
- R - Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

### PUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
VENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs actes échelonnés  
le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

## EN CAS D'URGENCE

s actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit  
venir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de  
chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale  
ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0130090

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom: FREJ- Abderrahim  
Matricule: 371 Fonction: Rekroute Poste: \_\_\_\_\_  
Adresse: 4, B.S. RUE D'OUTDA APT 4 RABAT  
Tél.: 05 37 70 43 36 Signature Adhérent: [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: M<sup>r</sup> Abderrahim Frej Age:       
Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent ☒ Conjoint ☐  
Date de la première visite du médecin: \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie: neuropathie + [Signature]  
S'il s'agit d'un accident: Causes et circonstances: \_\_\_\_\_  
CENTRE OPHTALMOLOGIQUE DES NATIONS UNIES  
CLINIQUE DES NATIONS UNIES  
Av. des Nations Unies - Rue Ibn Hanbal  
Tél.: +212 537 67 05 05  
Fax: +212 537 67 25 35

Dr. Z. M. RABET - OULARAHOUT  
OPHTALMOLOGISTE  
Signature et cachet du médecin traitant  
Résidence Al Ghawali, Angle Av. d'Alger  
et Rue Ghawane - Rabat  
Tél.: 05 37 70 78 78 - 05 37 73 05 55

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 0130090  
Matricule N°: 371  
Nom du patient: FREJ- Abderrahim  
Date de dépôt: \_\_\_\_\_  
Montant engagé 2195,20  
Nombre de pièces jointes: 3





## 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
22 JUIL 2019			250,00	Dr. Z. M. RABOU OPHTALMOLOGISTE Ancien Professeur Agrégé au CHU de Rabat Chirurgie Angiographie Laser Résidence Ay Ghawali, Angle A. d'Alger et Rue Qirawane - Rabat Tél.: 05 37 73 78 79 - 05 37 73 05 55

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie Centre Chèques Postaux BOUAZZAOUI B. Docteur en Pharmacie de la Faculté de Paris Tél.: 0537 72 62 16 45, Av. Moulay Ismail - Rabat	22/7/19	25,2

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
Centre d'Analyses et de Radiologie CLINIQUE DES NATIONS UNIES Rue Ibn Hanbal - Agade Tél.: +212 537 67 25 35 Fax: +212 537 67 25 35	24/07/19	Angio	850,00
Centre d'Analyses et de Radiologie CLINIQUE DES NATIONS UNIES Rue Ibn Hanbal - Agade Tél.: +212 537 67 25 35 Fax: +212 537 67 25 35	24/07/19	OK	1000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412		21433552	D	00000000	00000000 G		00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																	
	25533412		21433552																	
	D	00000000	00000000 G																	
		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
	B																			
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANT DES SOINS																	
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT**

**OPHTALMOLOGISTE**

Ancien Professeur Agrégé  
au C.H.U. de Rabat

**CHIRURGIE**

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Angle Av. d'Alger et Rue Quairaouan  
**RABAT**

Tél.: 05 37 73 05 55 / 70 78 79

الدكتورة المرابط أوتراوت زهور

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة مبرزة سابقا

بكلية الطب بالرباط

زاوية شارع الجزائر وزنقة القبور

الرباط

الهاتف : 05 37 73 05 55 / 70 78 79

22 JUL 2019

Rabat, le ..... الرباط، في

M<sup>r</sup> Abderrahim Frej

Xola c/o

Yette mohi 84  
et son 204

95,2



Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT  
OPHTALMOLOGISTE  
Ancien Professeur Agrégé au CHU de Rabat  
Chirurgien Angiographie Laser  
Résidence Al Ghawali, Angle Av. d'Alger  
et Rue Qirawane - Rabat  
Tél.: 05 37 70 78 79 - 05 37 73 05 55



**Xola<sup>®</sup>** % 2



**COMPOSITION :**

Chaque ml de Xola<sup>®</sup> contient 22,26 mg de chlorhydrate de dorzolamide, conservateur : chlorure de

**MECANISMES D'ACTION :**

Le chlorhydrate de dorzolamide est un puissant inhibiteur de l'anhydrase carbonique humaine, de type II. L'inhibition de l'anhydrase carbonique de l'œil diminue la sécrétion d'humeur aqueuse et la formation des ions bicarbonates, avec une diminution du sodium et des liquides.

12500803-02

**INDICATIONS ET MODE D'EMPLOI :**

Xola<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement de la pression intraoculaire élevée (PIO) chez les patients présentant un glaucome à angle ouvert ou une hypertonie oculaire.

En monothérapie, la dose de Xola<sup>®</sup> est d'une goutte dans le cul de sac conjonctival de l'œil (les yeux) atteint(s), 3 fois par jour. En association à un bêta-bloquant à usage ophtalmique, la dose est d'une goutte de Xola<sup>®</sup> dans le cul de sac conjonctival de l'œil (les yeux) atteint(s), 2 fois par jour.

**CONTRE-INDICATIONS :**

- Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients.
- Le dorzolamide n'a pas été étudié chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min) ou une acidose hyperchlorémique. Le dorzolamide et ses métabolites étant excrétés, principalement par le rein, le dorzolamide est, en conséquence, contre-indiqué chez de tels patients.
- Acidose hyperchlorémique.

**MISES EN GARDE :**

Ne pas injecter dans l'œil.

**PRECAUTIONS :**

**Grossesse:** aucun effet tératogène, lié au traitement, n'a été observé à 1mg/kg/jour. Il n'existe pas de données suffisamment pertinentes sur l'utilisation de ce médicament chez la femme enceinte. Le dorzolamide ne doit être utilisé pendant la grossesse que si le rapport bénéfice-maman / risque-fœtus le justifie.

**Allaitement:** On ne sait pas si le dorzolamide est excrété dans le lait maternel. Chez des rates allaitantes, on a observé une diminution du poids chez les descendants. Si le traitement par dorzolamide est nécessaire, l'allaitement n'est pas recommandé.

**Utilisation chez l'enfant:** La sécurité et l'efficacité n'ont pas été établies.

**Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT**

**OPHTALMOLOGISTE**

Ancien Professeur Agrégé  
au C.H.U. de Rabat

**CHIRURGIE**

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Angle Av. d'Alger et Rue Quairaouan  
**RABAT**

Tél.: 05 37 73 05 55 / 70 78 79

الدركتور (المرباط) أوتراوت زهور

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة مبرزة سابقا

بكلية الطب بالرباط

زاوية شارع الجزائر وزنقة القيروان

الرباط

الهاتف : 05 37 73 05 55 / 70 78 79

22 JUL 2019

Rabat, le ..... في الرباط،

M' Abderrahman FRES

Faué

SV

Angiographie

OCT

(Stomac de la Papille + macula + junc)

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE DES NATIONS UNIES  
CLINIQUE DES NATIONS UNIES  
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal  
Agdal - Rabat  
Tél.: +212 537 67 05 05  
Fax: +212 537 67 35 35  
+212 537 67 14 09

Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT  
OPHTALMOLOGISTE  
Ancien Professeur Agrégé au CHU de Rabat  
Chirurgien Angiographie Laser  
Résidence Al Ghawane - Rabat  
et Rue Qarawane - Rabat  
Tél.: 05 37 70 78 79 - 05 37 73 05 55

**CENTRE OPHTALMOLOGIQUE DES NATIONS UNIES**

**FACTURE N°1821/2019**

24/07/2019

NOM ET PRENOM		ABDERRAHIM FREJ
		MONTANT
OCT	1	1000,00
ANGIOGRAPHIE	1	850,00
TOTAL		1850,00

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE DES NATIONS UNIES  
CLINIQUE DES NATIONS UNIES  
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal  
Agdal - Rabat  
Tél.: +212 537 67 05 05  
Fax : 212 537 67 35 35  
212 537 67 14 00

**AVENUE DES NATIONS UNIES, RUE IBN HANBAL, AGDAL, RABAT**

PATENTE:25737560 - I.F: 3332068 - ICE : 001830688000005