

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-778963

146027

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTALEB FATIMA ZAHRA

Date de naissance : 04-01-1980

Adresse : 126 F ZOUAIR - OULFA

Tél. : 06.66.42.84.34

Total des frais engagés : #4500,00 # + 300 = 4800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRACMAHA  
Ophtalmologiste  
City Office Lotissement Missim  
Tél : 05 22 97 13 38

Date de consultation : 30 Dec 2022

Nom et prénom du malade : BOUTALEB FATIMA ZAHRA

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : 10/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDDP 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
30 Dec 2022			3000	INP : 091032938

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

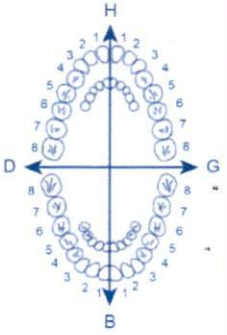
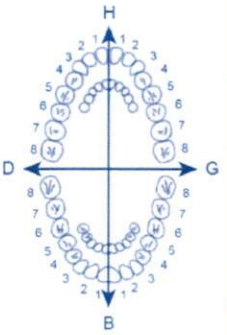
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		INP : <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Maha IRAQI**

**Ophtalmologiste**

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd  
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani  
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie  
Diplôme de Chirurgie Réfractive  
et de Phacoémulsification à l'Université  
de Toulouse  
Diplômé d'Oeil et Médecine Interne  
et de Neuro-Ophtalmologie  
Diplôme de Contactologie à l'Université  
de Bordeaux



**الدكتورة عراقي مها**

**إختصاصية في طب و جراحة العيون**

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسنى

Casablanca, le .....

**30 décembre 2022**

**Mme BOUTALEB FATIMA ZAHRA**

**Monture + verres correcteurs progressifs**

**Organiques + filtre bleu Antireflets**

VL : OD = - 0.25 (- 0.50 à 146°)

OG = Plan (- 0.50 à 163°)

VP : ODG = Add : + 0.75

**1/ HY-LIGHT**

**1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux**

**M-A-D Optic**  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibate Casa

**Dr. IRAQI MAHA**  
Ophtalmologiste  
City Office Lotissement Missimi  
Tél : 05 22 91 13 38  
Gsm : 06 78 75 89 89  
**M-A-D Optic**  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibate Casa

سيتي أوفيس - شارع واد لو - حي مسيمي - الطابق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحي الحسنى) - الدار البيضاء  
City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3 ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca  
Tél : 05 22 91 13 38 : الهاتف - GSM : 06 78 75 89 89 : المحمول - E-mail : iraqimaha@yahoo.fr : البريد الإلكتروني





OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

un autre regard sur vos yeux

**M-A-D Optic**  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibate Casa

FACTURE N° : N° 000252

Casablanca, le

19. 01. 2023.

Mme / Mr :

BOUTALUB. PATIMA ZAHRA

Dr :

TABA-IRAQI

VL

VP - Add

+ 0.75

OD :

146 - 0.50 / 0.25

OD :

OG :

163 - 0.50 /

OG :

Monture

Verres

o p r i v e -  
900 DH

o p r i v e -  
3600 - DH

Total à payer :

4700 - DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

quatre mille  
sept cents

Cachet et signature

**M-A-D Optic**  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibate Casa

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE : 00264259000069