

## 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](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° P19- 052451

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2340 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BARRY SALAH

Date de naissance : 14/6/94

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hamid FARAI  
Ophtalmologiste  
20000 Errabli Rue 50 N°  
Casablanca  
05 22 93 20 01

Date de consultation : 08/11/2022

Nom et prénom du malade : BARRY MASSINE Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :





### 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
08.11.22			2009	Docteur Hamid Hamid Ophtalmologiste 24 Oum Errabi Rue 50 N El Oulfa - CASABLANCA Tél: 05 22 82 28 91

### 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	

**M-A-D Optic**  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rouihate Casa  
**Akram Daali**  
Inpe : 065032633

24.11.23

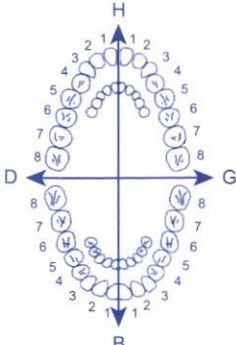
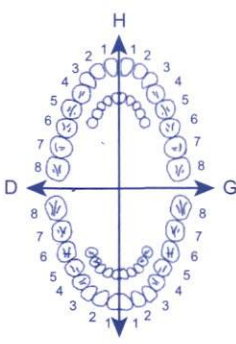
3600.00

### 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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		B																							
				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

**Docteur . Hamid FARAH**

**Ophtalmologiste**

**Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux**

**Cataracte - Glaucome - Strabisme  
Voies Lacrymales - Angiographie  
Laser - Lentilles de Contact...**

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef



**الدكتور . حميد فرّاح**

**أخصائي أمراض و جراحة العيون**

**جلالة - ضغط العين - الحول**

**مسالك الدموع - انجيوكرافيا**

**الليزر - العدسات الاصقة**

**جراحة عيوب البصر**

**طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت**

**طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف**

Casablanca, Le

08 NOV. 2022

الدار البيضاء في

*Barry Yassin*

*dsj*

*ov +3,5 (-4 a 173°)*

*ov +3,75 (-4 a 172°)*

**M-A-D OPTIC**  
Opticien Optométriste  
63 Rue Regulate Casa

**Docteur Hamid FARAH**  
**Ophtalmologiste**

**Bd Oum Errabii Rue 50 N° 3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tel: 05 22 93 29 91**

**Bd OUM Errabii - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91**

**شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91**





OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

*Un autre regard sur vos yeux*

FACTURE N° :

N° 03730

Casablanca, le: 24 / 12

Mme / Mr: BARRY YASSINE

Dr: HANID FARAH

OD:  $173^{\circ}$  - 4.00 + 3.50

VP-Add

OG:  $172^{\circ}$  - 4.00 + 3.75

OD: \_\_\_\_\_

OG: \_\_\_\_\_

Monture

4 Verres

CARRERA

Don AB 8h 173

1500

DH

+

2000

DH

Total à payer: 3500.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Akram Daali  
Tél: 065032633

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

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

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

ICE: 002642590000069