

## 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
- 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'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

M22- 0046931

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8047

Société : ASSAAG

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKHA EL ARAB KHALED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : AKHA EL ARAB KHALED

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

vice de refraction + cataracte

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 :

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
22/03/23	en		250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
ALAA EDDINE OPTIC SARL AU QUARTIER MELLAH RUE AL MASJID EL KABIR N.33 SETTAT ICE : 003153716000051 INPE 065054959	29/3/23	2000 D.T.

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

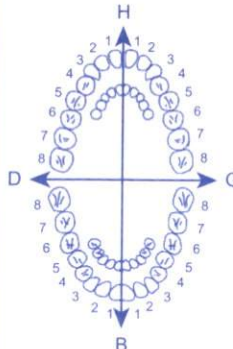
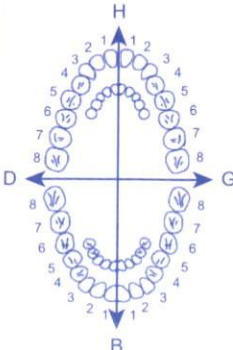
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

**DR MJAHEED SAAD**  
**OPHTALMOLOGIE**  
**NOOR SETTAT**

Chirurgie de cataracte par phaco  
Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie de strabisme et dacryo  
suive du glaucome - diabète  
échographie oculaire  
OCT; Angio, Laser  
Contactologue  
Chirurgie réfractive



**الدكتور أمجاهد سعد**

**طب وجراحة العيون**

**نور سطات**

**جراحة الجلالة**

**طب عيون الأطفال**

**جراحة الحول والمسالك الدمعية**

**مراقبة ضغط العين- السكري**

**العدسات اللاصقة**

**أمراض الشبكية**

**تصحيح البصر - لازير**

**ORDONNANCE**

SETTAT LE ..... **21 mars 2023** ..... سطات في

**Mr. AKHA EL ARAB Khaled**

90,70

**OPATANOL: COLLYRE CL**

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

**Dr. MJAHEED Saad**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Bd. Princesse Lalla Aicha Imm. Malak Errahma  
Etage 1 Apt 1 SETTAT - TEL: 05.23.40.39.98

شارع الأميرة لالة عائشة إقامة ملاك الرحمة الطابق 1 الشقة 1 - سطات  
Bd. Princesse Lalla Aicha Imm. Malak Errahma Etage 1 App 1 (EN FACE ONE) - Settati  
الهاتف : 05 23 40 39 98

# Facture

ALAA EDDINE OPTIC  
33 Rue Al masjid el kabir  
Quartier mellah  
Settat 26000

Client: **AKHA EL ARAB**  
**KHALED**

Date : **29/13/2023**  
Numéro de facture :

Article	Prix
Monture <i>Optique plastique</i>	<i>600,00</i>
VERRES <i>Progressifs organique AN</i> <i>antilumière Bleue</i> OD <i>+0,25 (-0,50 à 29°)</i>	<i>700,00</i>
VL OG <i>+0,25</i>	<i>700,00</i>
ADD .....	
OD <i>+2,75</i>	
VP OG <i>+2,75</i>	

Total TTC:

*2000,00*

Arrêté la présente facture à la somme de :

*Deux mille dirhams*

ICE 003153716000051

IF 53216230

RC 7205

PATENT 40103324

INPE 065054959

TEL 0619594750

**ALAA EDDINE OPTIC SARL AU**  
**QUARTIER MELLAH RUE AL MASJID**  
**EL KABIR N°33 SETTAT**  
**ICE : 003153716000051**

**DR MJAHED SAAD**

**OPHTALMOLOGIE**

**NOOR SETTAT**

Chirurgie de cataracte par phaco

Ophthalmologie pédiatrique

Chirurgie de strabisme et dacryo

suive du glaucome - diabète

échographie oculaire

OCT; Angio, Laser

Contactologue

Chirurgie réfractive



**الدكتور أمجاهد سعد**

**طب وجراحة العيون**

**نور سطات**

**جراحة الجلالة**

**طب عيون الأطفال**

**جراحة الحول والمسالك الدمعية**

**مراقبة ضغط العين-السكري**

**العدسات اللاصقة**

**أمراض الشبكية**

**تصحيح البصر - لازير**

**ORDONNANCE**

SETTAT LE ..... **21 mars 2023** ..... سطات في

**Mr. AKHA EL ARAB Khaled**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.25 (- 0.50 à 29°)

OG = + 0.25

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

**ALAA EDDINE OPTIC SARL AU**  
QUARTIER MELLAH RUE AL MASIJD  
EL KABIR N 33 SETTAT  
ICE : 003153716000051

**Dr. MJAHED Saad,**  
**OPHTALMOLOGISTE,**  
Bd Princesse Lalla Aicha Imm Malak Errahma  
Etage 1 App 1 SETTAT - TEL: 05 23 40 39 98

شارع الأميرة لالة عائشة إقامة ملاك الرحمة الطابق 1 الشقة 1 - سطات

Bd. Princesse Lalla Aicha Imm Malak Errahma Etage 1 App 1 (EN FACE ONE) - Settati

الهاتف : 05 23 40 39 98