

# 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'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- 0043796

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 960 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Kif ADRAoui 157701

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 du 2023

Nom et prénom du malade : CH ELKHOEI EL KHOEI Age:

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

Nature de la maladie : Affet Col

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 : Le : / /

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
11/04/23	HTO	10	3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL MANAR</b> <b>CASA S.A.R.L. A.U.</b> 48, Av. Mehdi Ben Berta Bourgogne Casablanca - Tél 05 22 26 13 72	11/04/23	496,00

# 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	
<b>نظرات الفتح</b> <b>LYNETES EL FATH</b> 32, Rue Des Anglais. Bhira E Jadida 06 62 70 93 51 - Casablanca	13/04/2023					4500,00

# 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# المبیط محمد نظارات الفتح

## LEMBAID Med OPTIQUE EL FATH



52, Rue des Anglais - Casa  
Tél.: 05 27 58 32 98 - GSM: 06 62 70 93 51  
R.C : 137 326 ICE : 001922967000014



FACTURE N°

N° 0000669

Casa, le 13/04/2023

M. CHERKAOU EL MERMASSI SAFIAR

Doit  
EL KHADRAOUI

N° DE NOMENCLATURE  
CORRESPONDANT A LA  
PRESCRIPTION DU

Vision de Loin

Vision de près

Double Foyer

SUPPLEMENT

O.D. 7

O.D. /

O.D. /

Docteur ZAKARRYA

O.G. /

O.G. /

O.G. /

### FOURNITURE :

Montures

1000,00

Verres

PROGRESSIFORMA P+1 km ANAGU

O.D. 130-050J-150

1750,00

O.G. 50-050J-175

1750,00

Add +1,75

O.D. نظارات الفتح

O.G. LUNETTES EL FATH

52, Rue Des Anglais, Bhir E-Jadida  
06 62 70 93 51 Casablanca

Total

4500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

quatre  
Mille cinq cent

# مركز طب وجراحة العيون بوركون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE Enfants & Adultes للأطفال والكبار

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Membre de l'Association américaine d'ophtalmologie  
Certificat Moorfield Londres  
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche  
Forces Armées Royales

**د. عبد اللطيف زكرياء**

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
عضو الجمعية الأمريكية لطب العيون  
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن  
شهادة جراحة الماء الزرقاء بشفونز النمسا  
طبيب القوات المسلحة الملكية

11 avril 2023

**Mme CHERKAOUÏ EL MEKNASS**  
**Safia Ep El Khadraoui**

CATIONORM unidose collyre

1 goutte 3 fois par jour, pendant 3 Mois

INDOCOLLYRE collyre

1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR PENDANT 15 JOURS

**PHARMACIE EL MANAR**  
**CASA S.A.R.L. A.U.**  
48, Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne  
Casablanca - Tél. 05 22 26 13 72

Agreee Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

شارع طانطان زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Bd Tantan, Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - Oeilvision.zakarrya351@gmail.com

# مركز طب وجراحة العيون بوركون

## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

### Enfants & Adultes

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Membre de l'Association américaine d'ophtalmologie  
Certificat Moorfield Londres  
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche  
Forces Armées Royales

**د. عبد اللطيف زكرياء**

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
عضو الجمعية الأمريكية لطب العيون  
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن  
شهادة جراحة الماء الزرقاء في باريس  
طبيب القوات المسلحة الملكية

11 avril 2023

**Mme CHERKAOUI EL MEKNASSI**  
**Safia Ep El Khadraoui**

Monture + verres correcteurs ANTIREFLETS, BLEUS ET  
PHOTOGRAY

Vision de loin :

OD = - 1.50 (- 0.50 à 130°)

OG = - 1.75 (- 0.25 à 50°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.75

نظارات الفتح  
LUNETTES ELFATH  
52, Rue Des Anglais, Birra E Jadida  
06 62 70 03 61 Casablanca

Dr. ZAKARRYA  
LASER - EXCIMER  
Pho Sultan Abdelhamid Rés. ZAKARRYA  
Bourgoigne - Casablanca  
06 62 70 03 61

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

شارع طانطان زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Bd Tantan, Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - Oeilvision.zakarrya351@gmail.com

Importateur :  
MP MAGHREB  
9, avenue MOHAMED BELHASSAN EL OUAZZANI  
CENTRE COMMERCIAL DAR ESSALAM (1er étage)  
SOUISSI-RABAT

Lot :

**PPC 219,00 DH**

Fab :

Exp :

Importateur :  
MP MAGHREB  
9, avenue MOHAMED BELHASSAN EL OUAZZANI  
CENTRE COMMERCIAL DAR ESSALAM (1er étage)  
SOUISSI-RABAT

Lot :

**PPC 219,00 DH**

Fab :

Exp :

INDOCOLTYRE 0,1% LOT/عبار H8956  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 10-2022  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 03-2024  
AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDN



6118001270088

PPV : 58,00 DHS