

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-780077

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12607 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SBAI Amine
 Date de naissance : 05/01/1987
 Adresse : Résidence Aigue Marine Apt N°4, Route AZENOUR
 DAK BOUATTA, Casablanca
 Tél. : 0676 393530 Total des frais engagés : 1575,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/3
 Nom et prénom du malade :
 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 : Casablanca Le : 01/03/2023

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
13/12/23			3000	INP: 091264507

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LES TERRASSES MARITIMES Route AZEMOUR Rés Terrasses Maritimes Dar Bouazza - Casablanca Tél 05 22 29 10 87	01/03/2023	75.70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTICA LUNETTES S.A.R.L. 01/03/2023	03/03/23					#1200#

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au
CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté
de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté
de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبية داخلية سابقا بالمركز
الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة
بكلية الطب بالرباط

01 mars 2023

Enf. SBAI Radia

75.70

ZALERG COLLYRE



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

75.70
Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL
Rue AZEMOUR Rès Terrasses Marines
Dar Bouazza - Casablanca
Tél 05 22 29 10 6

DR NASROUNI Rihab
Ophtalmologiste
Littoral 2 N°19 2ème Etage
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 05 22 29 26 43

6 118001 102495
ZALERG 0.25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV - 75-70 CH
Distribué par COOPER PHARMAS - 44, rue Mohamed Droudi,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Anissa DROUDI

الساحل 2 ، رقم 19 ، الطابق الثاني ، دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au
CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté
de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté
de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صغار وكبار

- طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الإستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة
بكلية الطب بالرباط

01 mars 2023

Enf. SBAI Radia

Monture pour enfant + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = + 2.00 (- 0.50 à 20°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 175°)

COMPTOIR LUNETTES SARI
L'Esplanade Sahel 1. N° 56
Dar Bouazza - Casablanca
Tel: 05 22 29 26 43

Dr. NASROUNI Rihab
Ophtalmologiste
Littoral 2 N° 19 2ème Etage
Dar Bouazza - Casablanca
Tel: 05 22 29 26 43

الساحل 2، رقم 19، الطابق الثاني، دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N° 19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com



COMPTOIR LUNETTES

Opticien

FACTURE

N° 003363

Lotissement Sahel 1 N°54 Dar Bouazza - Casablanca
Gsm : 06 14 36 79 48

RC : 511379- Patente : 32964377

ICE : 002855264000092

IF : 50394024 - CNSS : 2722152

Date: 03/03/2023

Monsieur (Mme): Enf Sbai Radia

Monture: _____

Verres: _____

organiques antireflets

VL: _____

OD: _____

+2.00/-0.50 à 20°

bois

OG: _____

+1.75/-0.50 à 17.5°

bois

VP: _____

OD: _____

OG: _____

COMPTOIR LUNETTES S.A.R.L.
Lotissement Sahel 1 N°54
Dar Bouazza - Casablanca
Gsm : 06 14 36 79 48

Total: _____

1200

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

mille deux cent cinquante