

# 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° P19-0034611

☐ Maladie

☒ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6755 Société : 160529  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL ADDIL MUSTAPHA  
Date de naissance : 01/01/1963  
Adresse : 46 Rue Cheikh Maa EL AGNAYNE - HAY PANA  
BERRECHID  
Tél. : 0656975810 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/23  
Nom et prénom du malade : EL ADDIL MUSTAPHA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ALD de déficience  
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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> <b>MINISTRE DES ECOLES</b>  <b>Mme CHEDDADI Khodija</b>            12, Avenue Hassan II - Casablanca            Tél. 05 22 27 53 11            Fax. 05 22 29 79 08            ICE: 001635764000079  <b>I. N. P.</b>  <b>092067081</b> </p>	03/05/2023	144,10

[illegible]

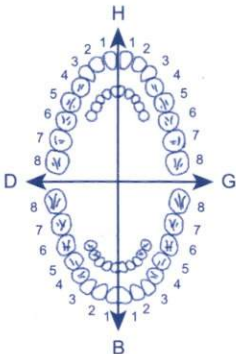
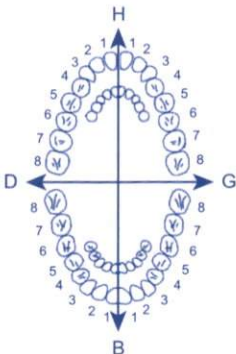
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/05/23					3000,00

# 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 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											
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**FACTURE**

Date : 11/05/2023

CLIENT: MUSTAPHA EL ADDIL

Numéro: 55425125

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<b>LOIN:</b>			
MONTURE	OPTIQUE POWER	1	600.00
VD	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT GRIS 1.5 GREEN	1	1 200.00
VG	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT GRIS 1.5 GREEN	1	1 200.00
<b>PRES:</b>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b>CORRECTION VISUELLE:</b> <b>Dr. FATIM EZOHRA BENOTMANE</b> LOIN : OD:+2.75(-2.50,85°) OG:+2.50(-1.75,85°) PRES: OD: OG: ADD : OD:+3.00 OG:+3.00			
<b>Total TTC:</b>			<b>3 000.00</b>
Taux TVA:			20%
Montant TVA			600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS MILLE DIRHAMS TTC



Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

03 mai 2023

**Mr. EL ADDIL Mustapha**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = + 2.75 (- 2.50 à 85°)

OG = + 2.50 (- 1.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 3.00



*(Signature)*  
DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
Ophtalmologiste  
Tél : +212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85  
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

03 mai 2023

Mr. EL ADDIL Mustapha

144, 10

VISMED MULTI FLACON



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



PHARMACIE DES ECOLES  
M<sup>me</sup> CHEDDADI Khadija  
12, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél : 05 22 27 53 11  
Fax : 05 22 29 79 08  
ICE : 001625764000073

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
OPHTALMOLOGISTE  
Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7, Berrechid, Maroc  
Tél : +212 5 22 03 54 95  
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Arouam 20500 Casablanca

**P.P.C: 144.10**



256