

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0051408

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11645 Société : RAT  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELIDRISSI Taha  
 Date de naissance : 06/01/1971  
 Adresse : pôle Urbain Nouaceur  
 Tél. : 06 61 06 20 35 Total des frais engagés : 2200,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
 OPHTALMOLOGISTE  
 96, Avenue 2 Mars Résidence Wajim A N°6  
 Tél. 05 22 20 45 45 / 05 22 22 78 18 Casablanca  
 Date de consultation : 04/04/2023  
 Nom et prénom du malade : BEN KACHOUH RACHAD AHMED  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD  
 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) : Le : 15/05/23

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  |
| 07-04<br>2023                  | Consultation Spéc. Alim. | 02                    | 3000                            | <p>اختصاصي في أمراض وجراحة الفم والحنجرة</p> <p>BENABDERRAZIK Mohamed Ali</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>96, Avenue 2 Mars Résidence Wallis Imm A N°6</p> <p>tel 0522 86 05 57/0522 86 05 58</p> |

| Dates des Actes | Natures des Actes          | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 07-04<br>2023   | Généraliste<br>Spécialiste |                       | 3000                            | <p>اختصاصي في أمراض وجراحة العيون</p> <p>BENABDERRAZIK Mohamed Ali</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>96, Avenue 2 Mars Résidence Wallia Imm A N° 1</p> <p>tel 0522 86 05 57/0522 86 05 58</p> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |      |                       |
|---|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|   |      |                       |
|   |      |                       |
|   |      |                       |
|   |      |                       |
|   |      |                       |
|   |      |                       |

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------|-----------------------|
|---|------|-----------------------|

[illegible]

| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
|--|------|---------------------------------|---------------------------|

[illegible]

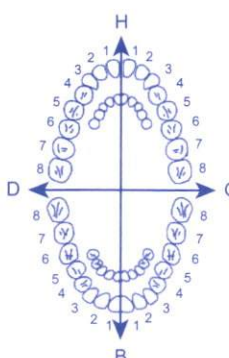
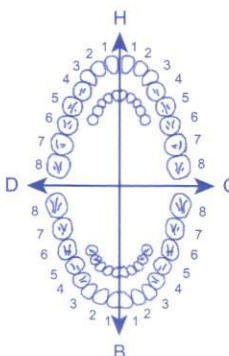
| Cachet et signature<br>du Praticien  | Date des<br>Soins | Nombre |                        |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|------------------------|----|----|------------------------------------|
|  |                   | AM     | PC                     | IM | IV |                                    |
| <p><b>OPTIQUE YOUNESS</b><br/> Rokenedding Mohamed<br/> Opticien-Optométriste<br/> Souk Koréa, Bloc EF N° 13<br/> Casablanca Tél: 0661 65 09 77</p> <p><i>13/01/2023</i></p> |                   |        |                        |    |    | <p><i>1900 Dhs</i></p>             |
|  |                   |        | <b>INPE: 095010757</b> |    |    |                                    |

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

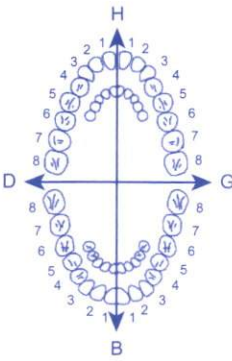
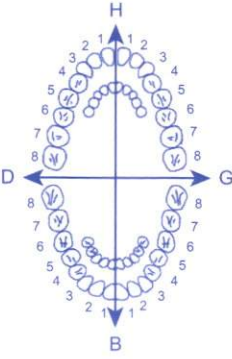
| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|---|--|---------------------|-------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|    |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>      |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>       |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>     |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                     |             |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES   |  | Dents<br>Traitées                            | Nature des<br>Soins | Coefficient                |                            |                       |                      |
|---|--|--|---------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
|    |  |  |                     |                            | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/>  |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            | MONTANTS<br>DES SOINS | <input type="text"/> |
|   |  |  |                     |                            |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  | <input type="text"/> |
|   |  |  |                     |                            |                            | FIN<br>D'EXECUTION    | <input type="text"/> |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                     |                            |                            |                       |                      |
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div><div>G</div></div></div> |  |                     | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/>       |                       |                      |
|   |  |  |                     | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/>       |                       |                      |
|   |  |  |                     | DATE DU<br>DEVIS           | <input type="text"/>       |                       |                      |
|   |  |  |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION     | <input type="text"/>       |                       |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |
|   |  |  |                     |                            |                            |                       |                      |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد علي بنعبد الرازي  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Enf. KERCHOUB El Hadj Ashraf**

Monture + verres correcteurs

Organiques Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.25

OG = - 0.25

**OPTIQUE YOUNESS**  
Rokeneddine Mohamed  
Opticien Optometriste  
Souk Ketea, Bloc EF N° 15  
Casablanca Tél: 0661 65 09 77

DR BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPTOMETRISTE  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A N°6  
Tél: 0522 86 05 57 / 58 Casablanca

Casablanca, le **07/04/2023**



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),

Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

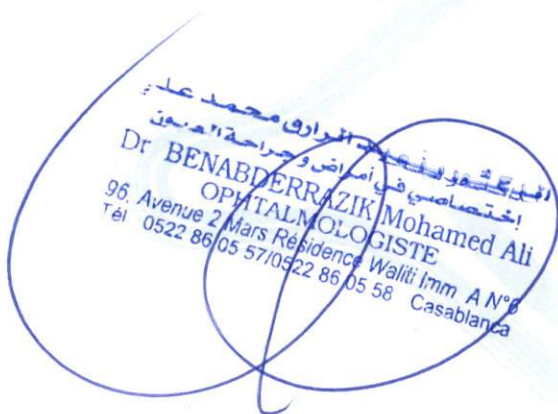
### NOTE D' HONORAIRES

**Docteur BENABDERRAZIK MED ALI**

A l'honneur de présenter sa Note D HONORAIRE

A : KERCHOUB EL HADJ ASHRAF  
CONSULTATION SPECIALISEE : 300 DH

Cachet et signature



Casablanca , le

07/04/2023

# OPTIQUE



# YOUNESS

ROKENEDDINE Mohammed

## FACTURE

محمد ركن الدين

Souk Koréa Bloc (EF)

N°15 - Casablanca

Tél : 06 61 65 09 77

R.C : 247708

Patente : 45519260

ICE : 000885021000189

IF : 3661440

N° 0002061

سوق القريعة بلوك (EF)

الرقم 15 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 65 09 77

س.ت. : 247708

Casablanca, le

13/05/2023

M

KERCHOUB

El Hadj

Ashraf

Doit

Docteur Shamed Ali BENARDERRAZIK

Nomenclature N° 113

VL OD : cyl sph -0.25

800,00

OG : cyl sph -0.25

800,00

VP OD : cyl sph /

OG : cyl sph /

2 Verres : Optique Bloc 170

1 Montures : Sphat

300,00

Facture arrêtée à la somme de :

like New Cat 5 Dls

1900,00

**PAYÉ EN ESPECE**

OPTIQUE YOUNESS  
Rokeneddine Mohammed  
Opticien Optométriste  
Souk Koréa Bloc EF N° 15  
Casablanca Tél: 06 61 65 09 77

D 90 90