

# 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

M23-004018

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Rholam Rita  
Date de naissance : 01-07-1974  
Adresse : Terrasses de Bouskoura Imm 10 apt 1  
ville verte  
Tél. : 0661334217 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 30/05/2023  
Nom et prénom du malade : Rholam Rita Age : 49ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : affection chronique  
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 : Casablanca Le : 30/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
30/05/2023	S		3000 DH	<i>[Signature]</i> Ophthamologue Rég. Palmier, Bd B. Goudami Entrée B9, 1er étage, Casablanca Tél: 0522 98 88 66 - INPE: 091186262

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

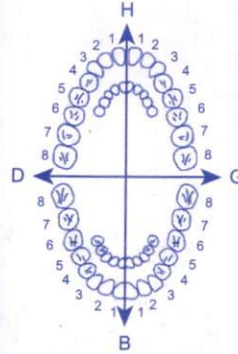
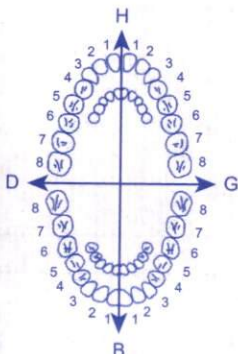
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EXTRA OPTIC MME NADALEBBAR 15 BD GHAND CASABLANCA INPE: 09501003	14/06/2023	2	+	1	0	1800,00 DH

# 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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Kaouthar DGADEG**

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des yeux Adultes et Enfants**

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



**BLANKA VISION**  
CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**الدكتورة كوثر الدثادث**

**إختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون للكبار و الأطفال**

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

**Casablanca, le mardi 30 mai 2023**

**Madame RHOLAM Rita**

**Monture + Verres correcteurs:**

**DE PRES ANTIREFLETS**

**Oeil Droit : + 2,00**

**Oeil Gauche : + 2,00**

**Dr Kaouthar DGADEG**  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmier, Bd. Brahim Roudani  
Entrée B9, 1er étage, Casablanca  
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 07286262

**EXTRA OPTIC**  
MME NADA LEBBAR  
115 BD GHANDI CASABLANCA  
INPE: 095011003

**إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء**

**Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca**

**E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866**

## Facture



**Facture N° :**  
510  
**Date :**  
2023-06-14  
**Client :**  
RHOLAM RITA

**SOCIETE EXTRA  
OPTIC**  
115, Bd Ghandi  
Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VPD	+2.00	0	0	
VPG	+2.00	0	0	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	NIKON PURE BLEU 1.6	1	900.00	900.00
2	NIKON PURE BLEU 1.6	1	900.00	900.00

<b>TVA</b>	20%	<b>Total TVA</b>	300.00
<b>Total HT</b>	1500.00	<b>Net à payer</b>	1800.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille huit cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE EXTRA OPTIC – 115, Bd Ghandi – 0522 233348 / 0680797471 – extraoptic@pubwebo.com  
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC  
MME NADA LEBBAR  
115 BD GHANDI CASABLANCA  
INPE: 095011003