

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-804013

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1307

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KOUANE

MOKHTAR

Date de naissance :

01/01/54

Adresse :

23 Lot MARIANA Sidi MAAROUF  
CASABLANCA

Tél. 0667341983

Total des frais engagés :

8457,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LOUDRA AHAYAK  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

Date de consultation :

HANIS epouk

02/06/23

Nom et prénom du malade :

KOUANE Mokhtar

Age: 01/01/54

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 :

Le : 02/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*claus*



Autorisation CNDP N° A-A-415/2019



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

02/06/23		C2	3000	INP : 09A085850
----------	--	----	------	-----------------

Dr. Lehana KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
AT Anfal, Etage 2 - Casablanca  
05 12 80

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/06/23

157,00

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

02/06/23

Monture + verres  
progressifs

8000,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez 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

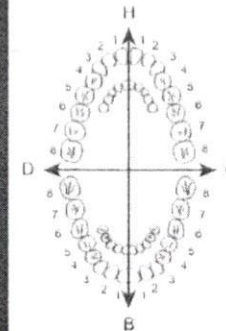
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

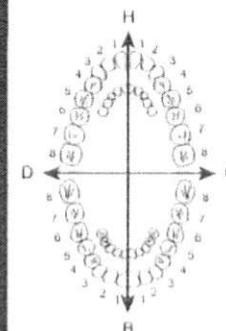
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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



# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le :

02/06/2024

الدار البيضاء، في :

HARIS ep KHAYAR Fatima

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+ 2

OEIL GAUCHE

+ 2,00



ADDITION VISION DE PRES

Longue vue + 2,00 -

ATLAS OPTIQUE  
LYNX OPTIQUE  
Nadine COHEN  
OPTICIENNE

N° Autorisation 1091 - Identifiant INPT 095300540  
RC 23311 - CNSS 245 014 - IVA 814761  
Pte : 35701881 - IF : 100696 - ICE : 001515084000057

Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, 8625192 - Casablanca  
Tel : 05 22 95 12 89  
Sida Madani  
147 Lot Commercial N°2  
PHARMACIE OUM EL KHEIR

X 3  
Fatima



LYNX OPTIQUE  
8 RUE ASSAAD IBN ZERRARA  
MAARIF CASABLANCA  
Tél : 05 22 99 22 88/ 89  
Fax : 05 22 99 22 87  
lynxoptique@menara.ma

CASABLANCA LE 01/08/2023

FACTURE N° 23/7908

MME HARIS EP KOUAME FATIMA

INPE 095007548  
IF 1000696  
ICE 001515084000057

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 MONTURE OPTIQUE	2,000.00
1 VERRE OD ESSILOR PROGRESSIF ORGANIQUE AMINCI ANTIREFLETS MUL	3,000.00
1 VERRE OG ESSILOR PROGRESSIF ORGANIQUE AMINCI ANTIREFLETS MUL	3,000.00
OD = +2.00      ADD +2.50	
OG = +2.50      ADD +2.50	

Dont TVA (20%)

1,333.33

**TOTAL TTC**

**8,000.00**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**Huit mille Dirhams**

ATLAS OPTIQUE  
LYNX OPTIQUE  
Nadine COHEN  
OPTICIENNE DIPLOMEE  
N° Autorisation 1091 Identifiant INPE 095007548  
RC: 72311 CNS: 0051914 IVA 814261  
Pte: 35701881 IF: 1000696 ICE 001515084000057