

## 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
- 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

N° W21-777103

173137

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5742

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKERROUN KHADIJA

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : 23 Rue de Pelicans OASIS

CASA

Tél. : 06 61 15 15 27

Total des frais engagés : Dhs

Dr. Dalila SBAI IDRISS

Cadre réservé au Médecin

Ophthalmologiste

84, Bd Mly Driss 1er

Tél. 05 22 86 06 06

INPE: 09108310

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : BENKERROUN Khadija

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Agt de la 1ère de l'œil

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 : CAS

Le : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



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 JUIN 2023	me	2	400	INP : <b>INPE0910331</b> <b>Dr. Dalila SBAI IDRIS</b> <b>Ophtalmologiste</b> <b>84, Bd Mh Ghazal</b> <b>202380014</b>
	frs			
2023		carte	200	

attestant le Paiement des Actes

INP : **UNPER091033100**

**Dr. Dalila SBAI DRISSI**  
**Ophtalmologiste**  
84, Bd Mirbaoui  
Tél: 01 67 28 66 99

**Dr. Dalila SBAI DRISSI**  
**Ophtalmologiste**  
84, Bd Mirbaoui  
Tél: 01 67 28 66 99

CES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/23	317.00

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

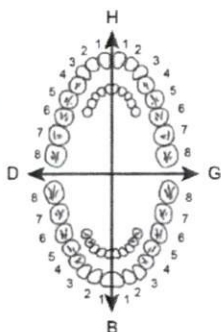
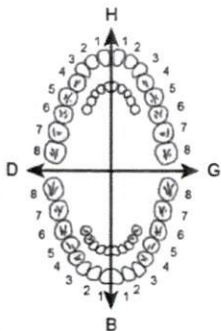
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<p>Par Bouazza, Parc El Résidence des INPE: 0604</p> <p><b>CARRE OPTIC</b></p> <p>Par Bouazza, Parc El Résidence des INPE: 0604</p>	26/06/2023				<p>Par Bouazza, Parc El Résidence des INPE: 0604</p> <p><b>CARRE OPTIC</b></p> <p>Par Bouazza, Parc El Résidence des INPE: 0604</p>

# 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 : <input type="text"/>														
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<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 PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....06 juillet 2023.....

Mme BENKERROUM Khadija

HYE COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour pdt 3 mois

dans les deux yeux

99.00

2x109.00 818.00  
PHARMACIE BERRADA  
61, Bd. Abderrahmane Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél: 23.64.49 / 99.65.16

317.00

Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophthalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

LOT	0130523
PPC	2025 15
DHS	109,00
LOT	0120523
PPC	2025 05
DHS	109,00
LOT	0070822
PPC	2024 08
DHS	99,00

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

# CARRE OPTIQUE

31 Residence Des Pres

DAR BOUAZZA

05 22 89 96 99

ICE:003067050000005

IF:32965709 RC 547945

INPE 065045007

CASABLANCA 26/06/2023

FACTURE N° 00171/2023

BENKERROUM KHADIJA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 Montures OPTIQUE	1 200.00
2 Verres OG 1.5 AR	1 500.00

Dont TVA (20%)

540.00

**TOTAL TTC**

**2 700.00**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**Deux mille sept cents Dirhams**

**CARRE OPTIQUE**  
**SARL AU**  
Dar Bouazza, Parc Errahma Magasin  
31 Résidence des Prés - Casablanca  
INPE: 065045007

*PTD en type*



Casablanca, le.....

**06/07/2023**

**Compte rendu d'examen**

**BENKERROUM Khadija 70 ans**

**SF : Chambre antérieure étroite ,**

**Sous anesthésie topique**

**Pose de verre de gonioscopie**

**OD :**

**Angle irido cornéen AIC étroit mais ouvert sur tous les quadrants**

**OG :**

**Angle irido cornéen AIC étroit mais ouvert sur tous les quadrants**

**Dr. Dalila SBAI IDRISSE**  
**Ophtalmologiste**  
**84, Bd Mly Driss 1er**  
**Tél: 05 22 86 06 06**

**لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص**

# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

# الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 13 juin 2023

**Mme BENKERROUM Khadija**

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL : OD = + 0.75 (- 1.25 à 75°)

OG = Plan (- 1.25 à 87°)

VP : ODG = Add : + 2.50

EIP : 63.5 mm

**CARRE OPTIQUE**  
Dr. Bouazza, Parc Errahma Magasin  
31 Résidence des Prés - Casablanca  
INPE: 065049007

**Dr. Dalila SBAI IDRISSE**  
Ophtalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص