

## 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0014753

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11727 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELHARTI RAZANE  
 Date de naissance : 27/01/1978  
 Adresse : RES LA CIOONNEZ APPT 306  
 RUE IBRAHIM ROUDANP RABAT  
 Tél. : 0661444287 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur Latifa ZAKI**  
 Spécialiste en Ophtalmologie  
 Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
 1 Zankh' Al Hind - Rabat - Tél: 05 37 70 14 76

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9 / 8 / 13  
 Nom et prénom du malade : EL HARTI RAZANE Age : 1978  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Refractive  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
9/8/23	G	1	300DH	<b>Docteur Latifa ZAKI</b> Spécialiste en Ophtalmologie Faculté de Médecine de Paris Université Al Hind - Rabat - Tél: 05 37 70 14 76 101140333

# 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
		A M	P C	I M	I V	
<b>Dinia Optique</b> Opticien - Optométriste Spécialiste en Lentilles de Contact Diplôme de Bruxelles Tél: 05.37.26.02.60	15/08/23					Van facture 4300,00 DH

INPE: 105001754

# 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											
				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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) 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



# Dina Optique

2, Angle Rue El Hind et Brahime Roudani  
Rabat - Maroc - Tél. : 05 37 260 260

Rabat, le 15/08/23

**FACTURE**

**N° 100350**

**/ 23**

M. El HARTI Razane

Dr. Latifa Zaki

**VISION LOIN**

OD : Cyl (-0,25 5) Sph +0,25  
OG : Cyl (-0,25 180) Sph +0,50

**VISION PRES**

OD : Cyl ..... Sph +1,50  
OG : Cyl ..... Sph +1,50

**Désignation**

**Prix**

Monture : Métalique	2500,00
Verres : progressif asphérique	1800,00
Lentilles : Antireflet	
Observations :	

Cachet - Signature

Total 4300,00 HT

**Dina Optique**  
Othmane DINA  
Opticien - Optométriste  
Spécialiste en Lentilles de Co  
Diplômé de Bruxelles  
Tél: 05 37 26 02 60

**MONTANT** (en lettre)

quatre mille trois cent  
Dinars

# Docteur LATIFA ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée de l'Hôtel Dieu de Paris

# الدكتورة لطيفة زاكي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة كلية الطب بباريس

Rabat, le 21/8/23 في الرباط،

EL HARTI Razane

Dinia Optique  
Opticien - Optométriste  
Spécialiste en Lentilles de Contact  
Diplômée de Bruxelles  
Tél: 05 37 26 02 60

Vue droite  
v. droit

OD +0.25 (-0.25 x 5°)

OC +0.50 (-0.25 x 180°)

progrès,

Alina/ML

v. gauche

OD +0.50

Docteur Latifa ZAKI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
1 Zankat Al Hind - Rabat - Tél: 05 37 70 14 76