

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0027687

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2172 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ARRAKI DAFIR  
Date de naissance : 29/01/1953 CABA 192405  
Adresse : L'habitat LT4 BOESKOURA  
dafir.arakki@gmail.com  
Tél : 0661196269 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 08/01/2024  
Nom et prénom du malade : Arraki Dafi Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Douloureuse  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 JAN. 2024  
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

## 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



# 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
08/01/24	S		3000k	<p><b>Dr. Reda Mikou</b>  <b>Chirurgien Oculiste</b>  18, Avenue Stendhal, 20000 Casablanca, SC  Tél : (+212) 0522 47 15 94  E-mail : r.mikou@cliniquesstendhal.ma</p>

# 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
<p><b>CLINIQUE STENDHAL</b>  18, Avenue Stendhal, 20000 Casablanca  Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51</p>	08/01/24	Las. n. Argen	12000k

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

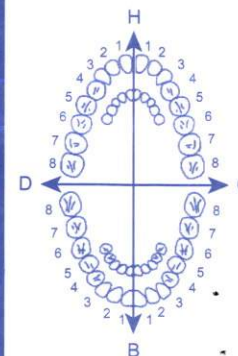
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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

08/01/2023

## RAPPORT MEDICAL

**Mr Dafir ARRAKI**

**70 ans**

Diagnostic : Déchirure , ŒIL Gauche

### Laser Pascal

- Acte : PPR
- Anesthésie topique à la cébesine
- Mise en place du verre quadrosphérique.
- Réalisation de:
  - impacts : 1200
  - temps d'exposition : 0.02 Sec
  - puissance : 360 MW

**DR MIKOU REDA**

  
Dr Reda Mikou  
Chirurgien Ophtalmologue  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



PT220714163108

08 janvier 2024

**Mr ARRAKI Dafir**

LASER ARGON

  
Dr. Reda MIKOU  
Chirurgie Vitéo-Rétinienne  
Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca, SC  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : mikou@cliniquestendhal.com  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com



# F A C T U R E

N° 14 / 2024 du 08/01/2024

Nom patient	ARRAKI DAFIR	Entrée 08/01/2024	Sortie 08/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

*LASER ARGON PASCAL Œ*

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER ARGON PASCAL ŒIL	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
<b>Total</b>				<b>1 200,00</b>

	<b>Total général 1 200,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 200,00				1 200,00	0,00

  
**CLINIQUE STENDHAL**  
 18, Avenue Stendhal - SC  
 Casablanca  
 Tél.: 0522 47 15 94 - Fax: 0522 99 34 51