

# 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° P19- 067359

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4220

Société : 20677

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Maustaid Jomila

Date de naissance : 10/06/2004

Adresse : Beni Chid

Tél. : 0662777433

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : Maustaid Jomila

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection chronique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

M


R

13 AVR 2021

ACCUEIL



# 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
15/03/2019	CS		250dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Youssef EL BERRECHID  
267, Rue  
Tél: 0522.32.83.45

19/03/24

144,80

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

EL NE OPTIC  
N°21 Rue A. el Ben Abdellah  
Berrechid  
CE : 003350149000029  
06 15 39 72 09

25/03/24

2000dh

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

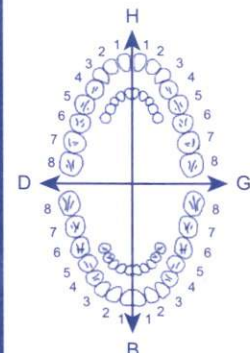
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

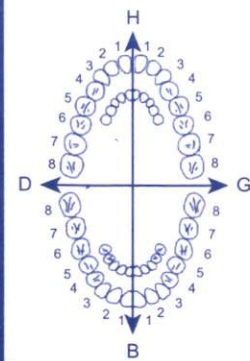
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



مركز حجية لطب وجراحة العيون

Centre HJIRA d'ophtalmologie

Lauréate de la faculté de médecine de Rabat

Ophtalmologie adulte et enfant

Oeil et diabète

Glaucome

Keratocone et Cross linking

Chirurgie de la cataracte, strabisme et voies lacrymales

Échographie oculaire, OCT, topographie cornéenne,

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طب العيون للصغار و الكبار

العين و داء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلالة, الحول, مسالك الدموع

التصوير بالموجات فوق الصوتية, الليزر

19 mars 2024

Mme MOUSTAID Jamila

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin : Photochromiques

OD = + 0.75 (- 0.25 à 70°)

OG = + 1.50 (- 0.75 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

OD = + 3.75 (- 0.25 à 70°)

OG = + 4.50 (- 0.75 à 85°)

EL NE OPTIC  
RDC N°21 Rue 15 de Allah  
Berr: 06 15 32 53 77  
ICE : 00335 14 000029  
06 15 32 53 77



066170 48 82 0522 32 53 77 hjirafatimaezahra@gmail.com



تجربة نصر الله فوق بنك BMCE قرب مخبرة المدينة ومختبر السقاط عند تقاطع شارع محمد الخامس وشارع المقاومة الطابق الثالث رقم 10-برشيد (عمارة مجهزة بمصعد)  
Angle avenue Mohamed V et avenue résistance Lotissement Nasser Allah en dessus de BMCE banque près du laboratoire seqat et Boulangerie AL Madina 3eme étage





Dr HJIRA FATIMA EZAHRA



الدكتورة حجية فاطمة الزهراء

مركز حجية لطب وجراحة العيون

Centre HJIRA d'ophtalmologie

Lauréate de la faculté de médecine de Rabat

Ophtalmologie adulte et enfant

Oeil et diabète

Glaucome

Keratocone et Cross linking

Chirurgie de la cataracte, strabisme et voies lacrymales

Échographie oculaire, OCT, topographie cornéenne,

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طب العيون للصغار و الكبار

العين و داء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلالة، الحول، مسالك الدموع

التصوير بالموجات فوق الصوتية، الليزر

19 mars 2024

Mme MOUSTAID Jamila

OTAD

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

NAVILIPO

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



Dr. HJIRA Fatima Ezahra  
Ophtalmologiste  
108, AV. DANIELA BERRECHID - Bureau N°10  
3<sup>e</sup> étage, Berrechid - Tel : 05 22 32 53 77  
Mars 2024



066170 48 82



0522 32 53 77



hjrifatimaezahra@gmail.com

تجزة نصر الله فوق بنك BMCE قرب مخبزة المدينة ومختبر السقاط عند تقاطع شارع محمد الخامس وشارع المقاومة الطابق الثالث رقم 10-برشيد (عمارة مجهزة بمصعد)  
Angle avenue Mohamed V et avenue résistance Lotissement Nasser Allah en dessus de BMCE banque près du laboratoire seqat et Boulangerie AL Madina 3eme étage



LOT: 36301161  
EXP: 07/2025  
PPV: 46 DH 80

09-12-2013 08  
10E: 00020140000050  
600 KJ/gnet al Bm ynetru  
ET AE

ELINE OPTIC  
N 21 RESIDENCE AMINE  
ANGLE MOULAY YOUSSEF  
RUE ALLAL BEN ABDULLAH  
BERRCHID  
05 26 26 00 12

FACTURE N° F24/0006 du 25/03/2024  
Mme JAMILA MOUSTAID (507)

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1	MON	VEROKA RGA139	1000.00		1000.00	20.0
2	VER	ORG 1.5 AR PHOTO MARRON	500.00		1000.00	20.0

Corrections :

VL D. Sph: +0.75 Cyl: -0.25 Axe: 70° Add: +3.00  
VL G. Sph: +1.50 Cyl: -0.75 Axe: 85° Add: +3.00  
VP D. Sph: +3.75 Cyl: -0.25 Axe: 70°  
VP G. Sph: +4.50 Cyl: -0.75 Axe: 85°  
ICE 003350149000029 TP 40706304 RC 18445 IF 53920698

Total	Tiers payant	A PAYER
2000.00	0.00	2000.00 Dh

ELINE OPTIC  
RDC N° 21 RUE AMINE  
ANGLE MOULAY YOUSSEF  
RUE ALLAL BEN ABDULLAH  
BERRCHID  
ICE : 003350149000029  
06 16 39 72 09