

# 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.

## Diagnostique 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](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)

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

ND: 31675

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011349

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3263 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HACHACHE Date de naissance : 01/10/57

Adresse : BOUC HIB Hay Hassani

Tél. : 0649 504193 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr CHRAÏBI H. Karim**  
Chirurgien Ophthalmologiste  
Angle Route l'Arenement et Bd Sidi  
Abdelrahman Hay Hassani - Casablanca  
Tél : 05 22 47 50 Fax : 05 22 98 56 02  
24 AVR 2020

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : HACHACHE BOUC HIB Age : 61/10/57

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Glauque

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) : .....

133



# 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
			250,00	

# 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
		AM	PC	IM	IV	
	06/11/20		mon			350,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. CHRAÏBI H. Karim

MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX

Angiographie - LAZER - Lentille de CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE

ANCIEN CHEF de Clinique des Hôpitaux de BORDEAUX

ANCIEN ATTACHÉ des Hôpitaux de BORDEAUX

MEMBRE de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTALMOLOGIE

MEMBRE de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبي ح. كريم

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا

جراح سابقا بمستشفيات بوردو

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

24 AVR. 2020

CASABLANCA, LE

HAZARDUS BENEFITS

Very Comfortable Refractive -  
Intensely (of the inner  
Retic)

Vlent OD (75-3) +1  
OE (105-250) +0.75

✓ Add +2.75 OAG -

Sumica Optique  
AGNAOUTY A.  
2<sup>ème</sup> Étage ADPT, N°1 - 20230 CASABLANCA  
Tél/Fax: 05 22 27 33 83

IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGIE Bd. Sidi Abderrahmane et route d'AZEMOUR, ENTRÉE B  
2<sup>ème</sup> ÉTAGE ADPT, N°1 - 20230 CASABLANCA - Tél : 0522 90 47 50 / 0684 749 749  
Tél/Fax : 0522 91 56 02 - E-mail : CABINET@KARIMCHRAIBI.COM

Dr. CHRAÏBI H. Karim  
Ophtalmologiste  
Abderrahmane  
Tél: 05 22 90 47 50 / 0684 749 749



ICE: 001740382 000080

 **sumica optique**  
**TAGNAOUTI A.**  
 7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)  
 Casablanca - Tél./Fax: 05 22 27 33 83

Casablanca, le 06/07/2020

**TAGNAOUTI A.**

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél.: 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

Casablanca - Maroc

**FACTURE 030101**Dr **CHARAI Bi**M **HARCHA CHA**  
**Bouchaib**

Vision de loin

OD : cyl ..... sph .....

OG : cyl ..... sph .....

Vision de près

OD : cyl ..... sph .....

OG : cyl ..... sph .....

~~Double Foyer~~OD : cyl **(75-3)** sph **+1** Add **+2.75**OG : cyl **(105-2.00)** sph **+0.75** Add **+2.75**

Quantité :

Désignation

Prix

**1** MONTURE**500****2** VERRE**S progressif orange****3000**

BREVETÉ N. 2240288

Casablanca - Tél/Fax: 05 22 27 33 83  
7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)
 **sumica optique**  
**TAGNAOUTI A.**