

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-558283

ND: 40568

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BAZI SAID

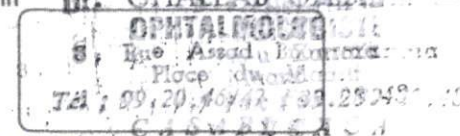
Date de naissance : 21/31/52

Adresse : Route A77 maroc Res. Doha 26

Tél. : E.A.H. BLANCHI Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin Dr. CHALAB CHALAB

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2020

Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> EL BAZI SAID Age :

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

Nature de la maladie : affection oculaire

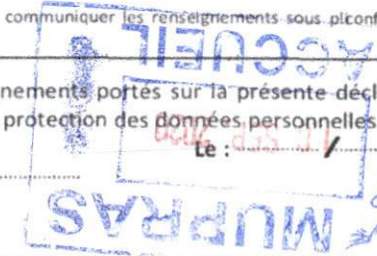
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## Adresses Mails utiles



- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



[illegible]

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02.09.2020      | 02                | 1300                  | 1300                            | <br>INP : 09/10/66738<br> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>TARIF OPTIQUE</b><br>0, Rue Abou Abdellah Nafii<br>Maarif - Casablanca<br>Tél : 05 22 25 83 52 | 17/09/2020 | 5400,-                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>TARIF OPTIQUE</b><br>0, Rue Abou Abdellah Nafii<br>Maarif - Casablanca<br>Tél : 05 22 25 83 52 | 17/09/2020 | 5400,-                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

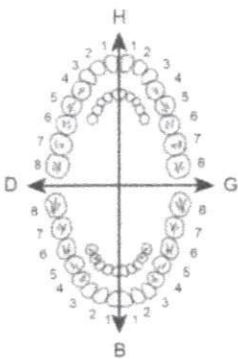
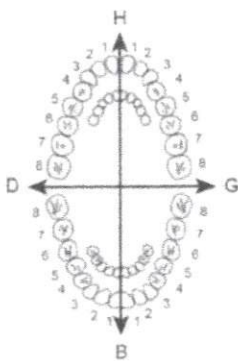
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

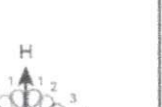
## Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <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><br>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"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

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

[illegible]

|  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------|
|                        | <p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | 25533412   | 21433552 |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  | 00000000   | 00000000 |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  | 00000000   | 00000000 |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  | 35533411   | 11433553 |          |          |          |          |          |          |          |                         |
| <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | MONTANTS DES SOINS   |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  | DATE DU DEVIS  |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  | DATE DE L'EXECUTION  |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |
|  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |                         |

**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



# MAARIF-OPTIQUE s.a.r.l.

110, Rue Abou Abdellah Nafii  
(Ex. Rue de Bourbonnais)  
Téléph.: 05 22 25 83 54  
E-mail : maarifoptique@gmail.com  
Maârif Casablanca

Since  
1989

NOM : EL BAZI

DATE 17/09/2020

PRENOM : Sidi

FACTURE N° 013637

Prescription médicale

ICE : 000102771000042

V. Loin

O.D. : +2,00 (-0,50 100°)

O.G. : +2,75 (-0,50 100°)

V. Près

O.D. :  
O.G. : ADD +3,00

1 Montures :

P. U.

P. T.

1000,- 1000,-

2 Verres : Progressif organique  
Zeiss Light 3.0V 1,5 Blanc

2200,- 4400,-  
2

Traitements :

Antireflet platinum

TOTAL :

( T. V. A 20% Incluse )

5400,-  
MAARIF-OPTIQUE s.a.r.l.  
110, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 25 83 54

La présente facture arrêtée à la somme de :

Cinq mille quatre cent dix-huit



# Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris  
Maladies et Chirurgie des yeux  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Angiographie - Laser - Echographie  
Chirurgie de la cataracte  
Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



# الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرارة ساحة المعاريف - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 29/10/2020 في الدار البيضاء

Monsieur  
EL BAZI Said

Une paire de LUNETTE :

PROGRESSIFS

Oeil Droit : (100 -0,50) + 2,50 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (100 -0,50) + 2,75 , Addition + 3,00

+ monture

MAARIF OPTIQUE SARL  
110 Rue Abdelah Nafii  
Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 25 83 54

Dr. GHALLAB G.  
8, Rue Assad Bnou Zarrara  
Place du Maârif  
Tél : 05 22.99.20.46 / 47  
CASABLANCA