

# 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.

## Biologie 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)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 053162

ND: 43109

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13192

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FATAH Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 062276783

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :





## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature<br>des soins                               | Coefficient            |                                |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
|--|--|---|------------------------|--------------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|--|--------------------------|
|  |  |   |                        | <b>Coefficient des travaux</b> |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
|  |  |   |                        | <b>Montant des soins</b>       |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
|  |  |   |                        | <b>Début d'exécution</b>       |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
|  |  |   |                        | <b>Fin d'exécution</b>         |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b><br>  | Détermination du coefficient masticatoire  |   |                        | <b>Coefficient des travaux</b> |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> |   | H                      |                                | G |  | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 |  | <b>Montant des soins</b> |
|  | H  |   | G                      |                                |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
|  | 25533412   | 00000000  | 21433552               | 00000000                       |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
| D 00000000   | 35533411   | 00000000  | 11433553               |                                |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |   | <b>Date du devis</b>   |                                |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
|  |  |   | <b>Fin d'exécution</b> |                                |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis   |  | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution |                        |                                |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |                          |

|   |                |  |     |
|---|----------------|--|-----|
| <b>VOLET ADHERENT</b>   |                | NOM :  | Mle |
| DECLARATION N° <b>P 17 / 0063835</b>  |                | <br>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc |     |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes   |     |
|   |                |  |     |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |  |     |



**P 17 / 0063835**

**DATE DE DEPOT**

/ / 201

|   |                                  |                                 |                         |    |
|---|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|----|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>   |                                  | Mle <b>13197</b>                | Signature de l'adherent |    |
| Nom & Prénom <b>Fatah Yassine</b>   |                                  |                                 |                         |    |
| Fonction <b>OPL / PNT</b>   | Phones <b>0662776783</b>         |                                 |                         |    |
| Mail <b>yassine.fatah24@gmail.com</b>   |                                  |                                 |                         |    |
| <b>MEDECIN</b>  | Prénom du patient <b>YASSINE</b> |                                 |                         |    |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age                              | Date <b>24/09/2020</b>          |                         |    |
| Nature de la maladie  | <b>Affection oculaire</b>        |                                 | Date 1ère visite        |    |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances   |                                  |                                 |                         |    |
| Nature des actes  | Nbre de Coefficient              | Montant détaillé des honoraires |                         |    |
| <b>05</b>   |                                  | <b>200,00</b>                   |                         |    |
| <b>PHARMACIE</b>  | Date <b>24/09/2020</b>           |                                 |                         |    |
| Montant de la facture   | <b>54.10</b>                     |                                 |                         |    |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>   |                                  | Date                            | CACHET                  |    |
| Désignation des Coefficients  | Montant détaillé des Honoraires  |                                 |                         |    |
|   |                                  |                                 |                         |    |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>   |                                  | Date <b>1-10-2020</b>           |                         |    |
| Nombre  |                                  | Montant détaillé des Honoraires |                         |    |
| AM  | PC                               | IM                              |                         | IV |
|   |                                  |                                 |                         |    |

**Dr. Nora SAIFAOU**

Ophthalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot  
Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France  
Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



**ORDONNANCE**

24 septembre

Casablanca, le 2020

**Mr. FATAH Yassine**

54.10

**LARMABAK**



1 goutte 4 fois / jours , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

صيدلية حي المطار  
Pharmacie Hay El Maar  
1, Bd Oum Rabiaa Oulfa - Tél : 93 20 26 - Casablanca

Dr. SAIFAOU Nora  
Ophthalmologiste  
193, Bd Oum Rabiaa 1er Etage N°1  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 93 03 80 / 07 66 05 95 66

193, شارع أم الربيع (قرب ليذك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء  
193, Bd Oum Rabiaa (à coté de Lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com



**Dr. Nora SAIFAOU!**

Ophtalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot

Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France

Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



**د. نورة الصيفاري**

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

بلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس  
بلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريست  
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر
- تصحيح البصر
- أمراض الدموع وجراحة الجفون
- أمراض القرنية
- أمراض الشبكية
- الليزر

**ORDONNANCE**

**24 septembre**

Casablanca, le **2020**

**Mr. FATAH Yassine**

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.25 (- 0.25 à 90°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 80°)

NOUVEAU OPTIQUE SARL  
Mazola Azouaoui 12 et Rue 4  
Hou Hassani  
Tel : 05 20 03 05 09

Dr. SAIFAOUI Nora  
Ophtalmologiste  
193, Bd Oum Rabiaa 1er Etage N° 1 Oulfa  
CASABLANCA  
Tel : 05 22 93 03 80 / 05 66 05 95 66

193, شارع أم الربيع (قرب ليدك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de Lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com

Casablanca, le 1.10.20

# Nouveau Optique

Facture N° : 215/20

FATAH  
Yassine

ml : Par

| Désignation                     | Référence      | Montant TTC |
|---------------------------------|----------------|-------------|
| Une paire de lunettes           | Nettoyante     | 5000        |
| 2 verres organique              |                |             |
| Antireflet. Anti larmes         |                |             |
| Mor                             |                |             |
| 0                               |                |             |
| OP = (200 90) x 0,25            |                | 900         |
| OC = (200 80) x 0,25            |                | 900         |
| Arrêté la présente Facture à la | Total TTC      | 28000       |
| Somme de : Deux mille           | Dont TVA à 20% |             |
| huit cent dix                   |                |             |

Cachet et signature  
du Responsable :

NOUVEAU OPTIQUE SARL  
Mazola Angle Rue N 3 et Rue 4  
Hay Hassani  
Tél : 05 20 03 05 09