

## 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
  - O Prise en charge : pec@mupras.com
  - O 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 Alil Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alil Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

Nº W19-556571

44135

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie        | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)          |  |                                  |                                 |
| Matricule :                             | 1696   | Société :                        | —                               |
| <input type="checkbox"/> Actif          | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | —                               |
| Nom & Prénom : ASSIL Maia               |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 21.06.1956          |  |                                  |                                 |
| Adresse : 0WLF A bte essaifi n° 44 GREN |  |                                  |                                 |
| Tél. : 0661693366                       | Total des frais engagés : 1450 Dhs               |                                  |                                 |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| <b>Docteur Hamid FARAH</b><br><b>Ophtalmologiste</b><br><b>71 Oum Errabbi Rue 50 N° 7</b><br><b>El Oulifa - CASABLANCA</b><br><b>Tel: 05 21 83 66 41</b>          |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation : .....  |  |
| Nom et prénom du malade : <u>Assil ALLA</u> .....   |  |
| Age: .....  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint  |  |
| Nature de la maladie : <u>officier</u>  |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>.....</u>   |  |
| 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. *2022*

Fait à : Crécy

**Signature de l'adhérent(e) :**

Le : 20/09/2020

### RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15-07-2012      |                   | 5                     | 250.00                          | INP<br>Dentaire<br>al-Om Errabi<br>Tunisie<br>Tunis 2233       |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

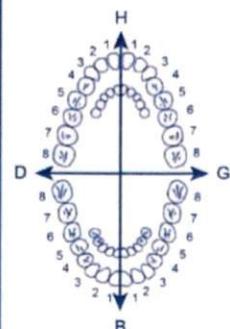
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| CLINIQUE<br>Angie Mansa<br>Casablanca<br>22/07/2012 | 24/07/12 | ANC-70                       | 1200.00                |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

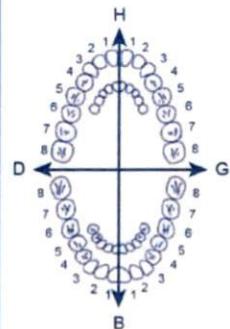
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Docteur . Hamid FARAH**

**Ophtalmologiste**



**الدكتور . حميد فراح**

**أخصائي أمراض و جراحة العيون**

**جلالة - ضغط العين - الحول**

**مسالك الدموع - انجيوكرافيا**

**الليزر - العدسات الاصقة**

**جراحة عيوب البصر**

**طبيب العيون سابقًا بمستشفى 20 غشت**

**طبيب العيون سابقًا بمستشفى مولاي يوسف**

**Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux**

**Cataracte - Glaucome - Strabisme**

**Voies Lacrymales - Angiographie**

**Laser - Lentilles de Contact...**

**Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT**

**Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef**

**Casablanca, Le**

**15 JUL. 2020**

**الدار البيضاء في**

**ABDI MICAL**

**Angiographie artérielle**

**CLINIQUE AL MADINA**  
Angle Rue Mohamed Bahl et  
Rue Mansour Quartier Palmiers  
Tel: 05 22 77 40/49 - Fax: 05 22 22 00 01

**Docteur Hamid FARAH**  
**Ophtalmologiste**  
1 Oum Errabii Rue 50 N° 3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tel: 05 22 93 29 91

**Bd OUM Errabii - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91**

**شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 هي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91**

## FACTURE

N° : 6621 B / 2020 du 24/08/2020

ANGIOGRAPHIE

Nom patient ASSIL ALLAL

Entrée 24/08/2020

PAYANT

Sortie 24/08/2020

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

|                |          |      |        |                          |
|----------------|----------|------|--------|--------------------------|
| FRAIS CLINIQUE | ANGIOGRA | 1,00 | 500,00 | 500,00                   |
|                |          |      |        | <i>Sous-Total</i> 500,00 |

|  |  |  |                |        |
|--|--|--|----------------|--------|
|  |  |  | Total Clinique | 500,00 |
|--|--|--|----------------|--------|

|                            |          |      |        |                          |
|----------------------------|----------|------|--------|--------------------------|
| DR. FARAH HAMID (ophtalmo) | ANGIOGRA | 1,00 | 700,00 | 700,00                   |
|                            |          |      |        | <i>Sous-Total</i> 700,00 |

|  |  |  |                          |        |
|--|--|--|--------------------------|--------|
|  |  |  | Total Autres prestations | 700,00 |
|--|--|--|--------------------------|--------|

|   |       |          |
|---|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>MILLE DEUX CENTS DIRHAMS | Total | 1 200,00 |
|   |       |          |

CLINIQUE AL MADINA  
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard C  
 Casablanca - Tél: 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.01  
 Fax: 05.22.25.00.01 - Casablanca - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°: 1007171 - Patente : 34782425