

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## diologie 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.

## éducation :

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  
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

ND-44931

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014776

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 91.24 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FTAILI FARIDA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.53.67.02.30 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : FTAILI FARIDA Age :

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

Nature de la maladie : Astigmatisme Myopie

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) :



# 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
29/01/2020	COPH		130 <sup>SH</sup>	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/2020	2000,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

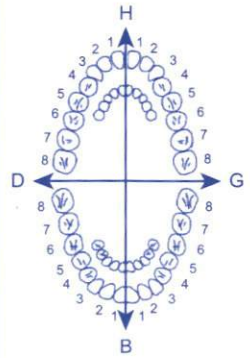
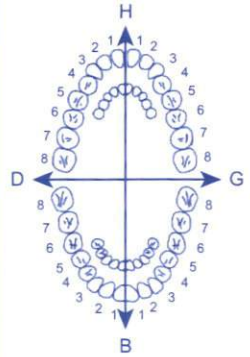
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Docteur VITA TASKOVA

SPECIALISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

15, Rue du Parc - CASABLANCA

Tél. : 05 22 27 28 62

الطبيبة فيتا طاسكوفة

اختصاصية

في أمراض وجراحة العيون

15، زقة الحديقة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 28 62

Casablanca, le 29/09 2020

FIA LI FARIDA

Docteur VITA TASKOVA  
SPECIALISTE  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
15, Rue du Parc  
Tél. 05 22 27 28 62 - CASABLANCA

OD : (+0.75 = 3°)

OU : (+1 = 11°)

REG. ART  
Optique  
HABZI MARIYA  
Opticien Ombretriste  
20, Bd Mimoun  
Casablanca - Tél : 05 22 07 44 44

V.P

Add + 2.175

- Vitadrop 3p  
L'if  
Jir

Docteur VITA TASKOVA  
SPECIALISTE  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
15, Rue du Parc  
Tél. 05 22 27 28 62 - CASABLANCA



REG'ART optique

HABZI Mariya

Opticienne optométriste

20 Bd Mimosas - Ain Sebâa - 20950 Casablanca  
TEL. 05 22 67 29 47 / 06 33 60 87 43



## FACTURE

Client FTAILI Farida

N° réf. Client 001299

Date 22/10/2020

Vendeur Mariya HABZI

Ordonnance du Dr VITA TASKOVA

Œil droit				Œil gauche			
Sphère	cylindre	axe	add	Sphère	cylindre	axe	add
PLAN	+0.75	3	+2.75	PLAN	+1.00	11	+2.75

Type	Libellé	Prix TTC
Monture VL-VP	MONTURE FEMME	800.00DHS
Verre OD-VL-VP	PROGRESSIF AMINCIS	600.00 DHS
Verre OG-VL-VP	PROGRESSIF AMINCIS	600.00 DHS

TOTAL 2000.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

REG'ART  
Optique  
HABZI MARIYA  
Opticienne Optométriste  
20, Bd Mimosas - Ain Sebâa - 20950 Casablanca - Tél : 05 22 67 29 47

REG'ART optique

20 Bd Mimosas - Ain Sebâa - 20950 Casablanca  
TEL. 05 22 67 29 47 / 06 33 60 87 43

I.T.P : 30555862 / I.F : 20728571 / RC : 429170 / ICE : 001872644000056 / INPE : 095013462