

# 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

- 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: 14584

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011181

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02494 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Amedjar Said Date de naissance : 08/04/1967  
Adresse : Résid Wafa 1 Imm 3 Apt 12 OUIFA Casa  
Tél. : 0660262037 Total des frais engagés : 7000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 DEC 2019  
Nom et prénom du malade : AMEDJAR HALIKA Age : 1960  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ophtalmologie sur l'oeil  
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 : Casablanca Le : 23 / 12 / 2019  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
07 DEC 2019		C 2	2500 H	<i>Sr EL ASRI</i> Ophtalmologue 59. Bd. Zerktouni Casa Résidence Les Fleurs

# 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	
<i>LISSAC SARL</i> L'Opticien - Optométriste 1. Bd. Yacout - Casablanca Tél : 0521 26 55 89 - RC : 24531 INPE : 095000360 - ICE: 00008226900003	23/12/19		1	2		6200

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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 EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

الدكتورة العسري حليمة

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

LISSAC S.A.R.L.  
L'Opticien  
Opticien - Optométriste  
1, Bd. Zerketouni - Casablanca  
Tél : 0522 26 30 89 - RC : 245311  
INPE : 095000360 - 000082269000037

Casablanca; le :

7/12/2019

AMEJAR NALIFA

Améliorer l'acuité visuelle  
Améliorer la vision

- Vision Loim

OD =  $(-0,50 @ 70^\circ) + 3,25$

OC =  $(-0,50 @ 105^\circ) + 3,25$

- Vision Prox

OD =  $0,50 + 2,75$

EL ASRI Halima  
Ophtalmologue  
59, Bd. Zerketouni  
Résidence les Fleurs

# LISSAC

S.A.R.L.

l'Opticien

1 bd Lalla Yacout

20080 Casablanca

tél. 05 22 26 55 89 fax 05 22 20 82 42

le 23.12.19

Facture n° 19 1098

**AMEDJAR Malika**

PX03

Ordonnance EL ASRI Halima 07.12.19

Multifocaux

MUPRAS

**Monture** N° TIPS: A1

**1 850,00**

**Verres** PROGRESSIFS ZEISS CLASSIC 1,6 65/70 BLANCS  
ANTI REFLETS LOTUTEC AMINCIS

**OD.....** N° TIPS: 432

**2 450,00**

**OG.....** N° TIPS: 432

**2 450,00**

Identifiant Fiscal 40435749

Taxe Profession. 33254309

CNSS 2091750

RC 245311

9Z081

ILH

ILH

total

**6 750,00**

dont T.V.A. 1 125,00

total T.T.C.

**6 750,00**

**LISSAC S.A.R.L.**  
Opticien - Optométriste  
1 Bd Lalla Yacout - Casablanca  
Tél : 05 22 26 55 89 - RC : 245311  
INPE : 095000360 - ICE : 000082269000005