

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 856119

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03406 Société : R.A.M. 58998

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBAI MOHAMED

Date de naissance : 27-09-1959

Adresse : RUE 6 N°20 Lotissement Vermont California

CASABLANCA

Tél : 0661522514 Total des frais engagés : 38000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/20

Nom et prénom du malade : EL OUFIR HODA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : amibi

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

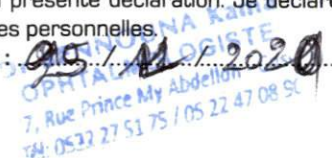
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 25/11/2020

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
25/11/2022			300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Pature

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

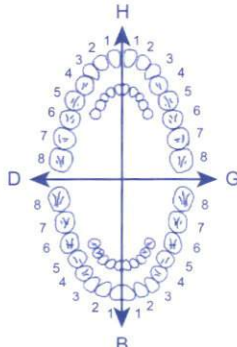
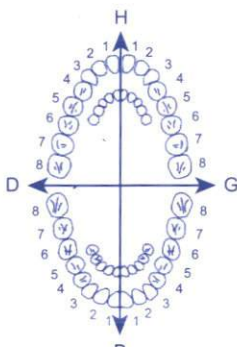
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Milie Pour Cent Optométriste & Opticien N°125 Centre Ville Bd Anglaise - Casablanca	07/12/2022					3500.00

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BENNOUNA Kamal**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

MALADIES et CHIRURGIE des YEUX

CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER

ANGIOGRAPHIE - LASER

الدكتور بنونة كمال

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبيلي

جراحة قصر النظر بأشعة الليزر

Casablanca Le, ..... 25/11/2020 ..... الدار البيضاء في

Madame EL OUFIR Houda

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

VERRES PROGRESSIFS ANTIREFLETS

Oeil Droit : ( $50^{\circ} + 0,25$ ) + 1,50 , Addition + 2,00

Oeil Gauche : + 1,75 , Addition + 2,00

Optique Mille Pour Cent  
Optométriste & Opticien  
N°425 Centre Ville  
Bd Anglais - Casablanca

Dr BENNOUNA Kamal  
OPHTALMOLOGISTE  
1, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
05 22 27 51 75 / 05 22 47 08 90

77. زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للا الياقوت) - الدار البيضاء

77, Rue Prince Moulay Abdellah ( Angle Bd . Lalla Yacout ) - Casablanca



05 22 27 51 75

05 22 47 08 90

Optique Mille Pour Cent  
Optométriste & Opticien  
N°425 Centre Ville  
Bd Anglais - 0004730  
Facture :

**Optique 1000%**  
Opticien - Optométriste

Date : 07/12/2020

Mr : EL OUFIR HOUDA

Docteur : BENKOUNA KAMAL

Type des verres : PROGRESIFS AR

Monture : METAL OPTIQUE 1000,00

Vision de Loin :

OD Axe 50 cyl +0,25 sph +1,50 1250,00

OG Axe cyl sph +1,75 1250,00

Vision de Prés :

OD Axe cyl sph

OG Axe cyl sph

Add : 0,00 ± 2,00

Montant : TOTAL 3500,00

DH

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca  
ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426  
T.P / 023451 - Patante : 30057211