

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006637

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003434 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL ATIFI Bekir

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Lablaber An Tzgha Benslimane

Tél. : 0661311170 Total des frais engagés : 4951,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet d'Ophtalmologie  
Pr. BENCHERIF Moulay Zahid  
N° 4, Imm. C, Av. Ennakhil  
Riad Al Oud, Hay Riad - Rabat

Date de consultation : 23 JAN. 2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Cornée opht.

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 : 10/02/2021

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
23 JAN 2021			2500DH.	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

Pharmacie Sebta  
Imb. C Mag N° 2  
Mohammedia  
Tél : 05 23 28 21 06

23/01/21      201,40

# 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

OPTICAL AUDITION  
Opticien Optométriste  
Parc Plaza1, Angle Yacoub El Mansour  
et Youssef Ben Achfine, N°1-Mohammedia  
Tél: 05 23 30 47 13

06/02/21

4500DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

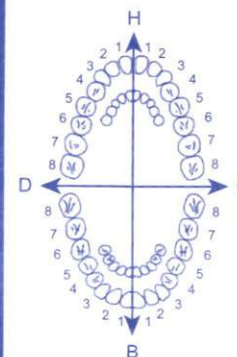
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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

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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(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 My Zahid BENCHERIF

Spécialiste en Ophtalmologie  
Ex .professeur à la Faculté  
de Médecine de Rabat



الدكتور م الزاهد بنشریف

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
أستاذ جامعي سابق بكلية  
الرباط

TOBRADEX®

POMMADE OPHTHALMIQUE

3,5G

PPV: 54,40 DHS

Boîte de 1 tube

Laboratoires Sothema, Bouskoura

AMM N° 455/18 DMP/21/ NRO



6 118001 070602  
69020-4



Rabat, le .....

LOT

625137



2020-06



2022-05

23 Janvier 2021

Mr. EL ATIFI Rachid

Lot:

A utiliser  
avant:

2022F

03/2022



TOBRADEX : pde



1 application / jour, le soir au coucher, les deux yeux, 10  
jours

THEALOSE COLLYRE



1 goutte trois fois par jour, les deux yeux, 3 Mois

201140  
Pharmacie Sebta  
Ad Sebta Imb. C Mag N° 2  
Mohammed  
Tel: 05 23 28 22 06

Cabinet d'Ophtalmologie  
Pr. BENCHERIF My Zahid  
N° 4. Imm. C. Avenue Ennakhil  
Riad Al Otors - Hay Riad - Rabat

رقم 4، عمارة C - شارع النخيل - رياض الأطر (أمام المصحة الدولية رياض النخيل) - حي الرياض - الرباط  
N°4 Imm. C, Avenue Ennakhil Riad Al Otors ( en face de Clinique Internationale Riad Annakhil )  
Hay Riad - RABAT

Tél: 05 37 56 57 56 - Gsm :07 70 00 00 08 - Email: zahidmoulay@yahoo.fr

**Docteur My Zahid BENCHERIF**

**Spécialiste en Ophtalmologie**  
**Ex .professeur à la Faculté**  
**de Médecine de Rabat**



**الدكتور م الزاهد بنشریف**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**  
**أستاذ جامعي سابق بكلية**  
**الطب بالرباط**

Rabat, le .....

**23 Janvier 2021**

**Mr. EL ATIFI Rachid**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antilumière bleue Antireflets

VL :

OD = + 1.00 (- 1.25 à 80°)

OG = + 1.00 (- 0.75 à 80°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

**OPTICAL AUDITION**  
Opticien Optométriste  
Parc Plaza1 Angle Yacoub El Mansour  
et Youssef Ben Tachine, N°1-Mohammedia  
Tél: 05.23.30.47.13

**Cabinet d'Ophtalmologie**  
**Pr. BENCHERIF Moulay Zahid**  
N° 4, Imm. C, Av. Ennakhil  
Riad Al Otors, Hay Riad - Rabat

رقم 4، عمارة C - شارع النخيل - رياض الأطر (أمام المصحة الدولية رياض النخيل) - حي الرياض - الرباط  
N°4 Imm. C, Avenue Ennakhil Riad Al Otors ( en face de Clinique Internationale Riad Annakhil )  
Hay Riad - RABAT

Tél: 05 37 56 57 56 - Gsm : 07 70 00 00 08 - Email: zahidmoulay@yahoo.fr



## OPTICAL AUDITION

Client: Mr EL ATIFI RACHID

N° Facture: FER37532102060754

Date: 06/02/2021

Désignation	Qté	Valeur TTC *
Monture	1	500
VERRE OD PROG ORG AR : +1.00 (-1.25 à 80°) / ADD: +2.50	1	2000.00
VERRE OG PROG ORG AR : +1.00 (-0.75 à 80°) / ADD: +2.50	1	2000.00
HT		3750.00
TVA 20.00%		750.00
TTC		4500.00

OPTICAL AUDITION  
Opticien Optométriste  
Parc Plaza1, Angle Yaacoub El Mansour  
et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammedia  
Tél: 05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: QUATRE MILLE CINQ CENT DIRHAMS

PARC PLAZZA I, ANGLE YAACOUB EL MANSOUR, YOUSSEF BEN TACHFINE IMM. M N°1-MOHAMMEDIA

Tél: 05.23.30.47.13 / N°PATENTE: 14378870 / N°IF: 14378870 / N°RC: RCN 12303

ICE: 001509644000079 / INPE: 095013348 / Email: opticalaudition@gmail.com