

# 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M21- 0015734

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10282 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHABAQI Mokhtar  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-015734

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-545621

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10282 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHARABOU MOKHTAR

Date de naissance : 30/06/1960

Adresse : Halim Kelle

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Karim GHARBI  
Ophtalmologiste  
Tél: 0522 75 11 21  
12 FEB 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHARABOU MOKHTAR Age :

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

Nature de la maladie : Fresh

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 : 12, 02, 2021

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



[illegible]

Dr. Karim GHANMI  
Ophtalmologist  
Tel: 0522 751121

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

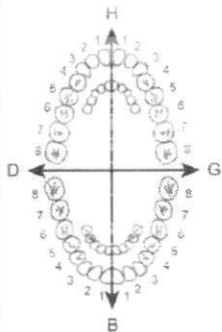
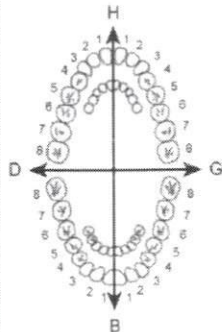
| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                   |        |    |    |    |  |
|---|-------------------|--------|----|----|----|--|
| Cachet et signature<br>du Particien   | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires       |
|   |                   | AM     | PC | IM | IV |  |
| <p>نظارات الركن الج</p> <p>TOUE BEAU COIN</p> <p>13</p> <p>02</p> <p>2021</p> |                   |        |    |    |    | <p>2500</p> <p>الركن الج</p> <p>TOUE</p> |

# 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |   |
|--|---|---------------------|-------------|---|---|
|   |   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   |   |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             26533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |   |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>       |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   |   |
|  |   |                     |             |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Optique Le Beau Coin

Patente N°36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibikita, Bloc (j) N°70 - Casablanca

Facture N° 002305

Casablanca le : 13/02/2021

Mr: CHABAOU MOUKHTAR

|                             |        |  |
|-----------------------------|--------|--|
| VL :                        |        |  |
| OD : + 0.25 SPH             |        |  |
| OG : + 0.50 L - 0.50 A 100) |        |  |
| VP :                        |        |  |
| OD : Add + 3.00             |        |  |
| OG : Add + 3.00             |        |  |
| Monture : M etale optique   | 1000DH |  |
| Verres : Organique          | 1500DH |  |
| Antireflets                 |        |  |

Total : 1500DH

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

deux Mille cinq Cents



**Docteur Karim GHARBI**

**SPECIALISTE**

Maladies et chirurgie des yeux

Angiographie - Laser

Lentilles de contact

**الدكتور كريم غربي**

**إختصاصي**

أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - لآزر

عدسات النظر

*Dr. Karim Gharbi*  
Casablanca, le : 12. 2. 21

الدار البيضاء، في : 12. 2. 21

*OK & Bin.*

*OD + 0,25 Dpt*

*OB + 0,50 (- 0,50 : 100)*

*OK & Bin.*

*OD + 1,00 + 3,00 Dpt*

*V. V. V.*

*Atterfourned with.*

*20 21*

**Dr. Karim GHARBI**  
Ophtalmologiste  
Tél: 0522 75 11 21

*مطارات الركن الجديد*  
**OPTIQUE BEAU COM**  
100 27 81 86

403, شارع سهيب الرومي (فوق استوديو ميلانو) منصور III سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

403, Bd. Souhaib Erroumi (Au dessus du Studio Milano) Mansour III Sidi Bernoussi - CASA

الهاتف : 0522 75 11 21