

## 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.

### 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-594194

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12768 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2021

Nom et prénom du malade : LARAKI Haliba

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 : Casablanca

Le : 07/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-594194

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 :



# 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
07/10/2020	CS		200,00	INP : 091171103

Dr BERRADA Salma  
Ophthalmologue  
Tel: 0522 59 05 26

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PHARMAPARC Dr Lamiaa SOUAMI ZI Ouled el Mer Tel: 0522 32 05 99	2/12/20	389,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

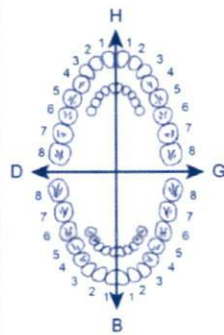
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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.

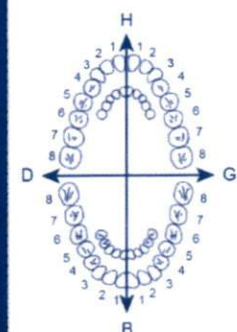
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>														
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>													
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>													
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>													

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
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 BERRADA Salma

Spécialiste en Maladies et Chirurgie des yeux

الدكتورة برادة سلمى

إختصاصية في طب وجراحة العيون

Chirurgie de la cataracte  
Chirurgie du glaucome  
Chirurgie réfractive  
Chirurgie des voies lacrymales  
Contactologie  
Angiographie  
Angiographie rétinienne  
Traitement par Laser



جراحة الجلالة  
جراحة المياه الزرقاء  
جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة مسالك الدموع  
العدسات اللاصقة

التصوير الشبكية  
07 décembre 2021  
العلاج بالليزر



INPE : 091171223

Bouskoura, le : .....

Mme LARAKI Habiba

**HYLODUAL**

190,00 x 2  
1 goutte 3 fois par jour, 2 Mois

les deux yeux

380  
PHARMACIE PHARMAPARC  
Dr Lamya SQU  
21 Ouled Saïd  
Tél : 05 22 52 09 59

190,00

2021-08
293440
1900H

PPC:

Adresse : Immeuble Herradi, 2<sup>ème</sup> étage, Appt. N°1 Bouskoura Centre (au dessus de la Pharmacie Maria)

Tél : 05 22 59 05 26 - E-mail : drberradasalma@gmail.com



# CHRONOVISION - CASA

Centre Commercial Marjane  
Californie - Casablanca.  
Tél & Fax : 05 22 50 02 20

Facture N° 003281

16

Nom : LARAKI

Prénom : Habibu

Casablanca, le : 17/01/2021

Désignation	Quantité	P.U. T.T.C	Montant T.T.C
2 Verres origine A.R			
OD -1,75	1	650	650
OG -1,50 (-0,25 et 25')	1	650	650
<div>CHRONOVISION - CASA Opticien - Optométriste Centre Commercial Marjane Californie - Casablanca Tél/Fax: 05 22 50 02 20 ICE : 80171479 000036</div>			

Dont T.V.A. 20% : 216,66

Total T.T.C

1300,-

Règlement par : poney ca

la présente facture est arrêtée à la somme de : Mille trois cent dix

**Docteur BERRADA Salma**

*Spécialiste en Maladies et Chirurgie des yeux*

**الدكتورة برادة سلمى**

*إختصاصية في طب وجراحة العيون*

Chirurgie de la cataracte  
Chirurgie du glaucome  
Chirurgie réfractive  
Chirurgie des voies lacrymales  
Contactologie  
Angiographie  
Angiographie rétinienne  
Traitement par Laser



جراحة الجلالة  
جراحة المياه الزرقاء  
جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة مسالك الدموع  
العدسات اللاصقة  
التصوير الشبكية  
العلاج بالليزر

07 décembre 202



INPE : 091171223

Bouskoura, le : .....

**Mme LARAKI Habiba**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
organiques anti-UV Antireflets anti lumière bleue

OD = - 1.75

OG = - 1.50 (- 0.25 à 25°)

VISION - CASA  
Opticien-Optométriste  
Centre Commercial Manane  
Casablanca - Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 50 02 20  
ICE: 101714797000036

Dr BERRADA Salma  
Tél 0522 59 05 26

Adresse : Immeuble Herradi, 2<sup>ème</sup> étage, Appt. N°1 Bouskoura Centre (au dessus de la Pharmacie Maria)

Tél : 05 22 59 05 26 - E-mail : drberradasalma@gmail.com