

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-625463

69029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 08136 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BICHA JILALI

Nom & Prénom : BICHA JILALI

Date de naissance : 19-09-1962

Adresse : RAM SENEGAL DAKAR

Tél. : 00221 77 639 5125 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/04/21

Nom et prénom du malade : Biccha Jilali 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 : TEMARA

Le : 26/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### 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** : 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](http://www.mupras.com)



### 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
19/04/11	CS		2500F	INF : 19164829

### 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/11/11		Nombre			7000F

### 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	INF : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Cabinet d'Ophthalmologie**  
**Dr. ARAQI Houssaini Fatima zahra**  
Ophtalmologiste

Ex. Attachée à l'hôpital Militaire  
Mohammed V – Rabat  
Ex. Attachée au CHU 20 Août. service  
d'ophtalmologie pédiatrique – Casablanca



**عيادة طب وجراحة العيون**  
**الدكتورة عراقى حسيبي فاطمة الزهراء**  
أخصائية في طب وجراحة العيون  
طبيبة ملحقه سابقا بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس الرباط  
طبيبة ملحقه بالمستشفى الجامعي 20 غشت  
قسم طب العيون الأطفال الدار البيضاء

تتمارة، في 19/04/2021

**Mr. BICHA Jilali**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.50

OG = + 2.25 (- 0.50 à 82°)

VP : ODG = Add : + 2.50

**SANTE VISION**  
MELHAOUI MARIA OPTICIENNE  
ICE:00168795200067-INPE 105002596  
N°17 AV MOULAY RACHID TEMARA  
TEL : 05 37 64 27 56



# SANTÉ VISION

Opticienne Optométriste

Diplômée d'état

Adaptation de Lentilles de Contact

9, Av. Moulay Rachid - Témara - Centre

Tél : 05 37 64 20 47

Facture

N° 022712

**SANTÉ VISION**  
MELHAOUI MARIA OPTICIENNE  
ICE:001687952000067-INPE 105002596  
N°17 AV MOULAY RACHID TEMA  
TEL : 05 37 64 27 56



**V I S I O N**

Témara, le 26/04/2021

M. ABOUHACHA JELALI

NOMENCLATURE	DESIGNATION	P.U	MONTANT
478	verre progressif asphérique	2750	
	plus lent rétro		
431	verre progressif asphérique	2750	5500
00 - 1450	plus lent rétro		
00 - 2220 (0502 22)	lentille cylindrique	1500	1500

**SANTÉ VISION**  
MELHAOUI MARIA OPTICIENNE  
ICE:001687952000067-INPE 105002596  
N°17 AV MOULAY RACHID TEMA  
TEL : 05 37 64 27 56

Dont TVA 20 % inclus

Arrêté à la somme de Sept mille dix

**SANTÉ VISION**  
MELHAOUI MARIA OPTICIENNE  
ICE:001687952000067-INPE 105002596  
N°17 AV MOULAY RACHID TEMA  
TEL : 05 37 64 27 56

R.CN° 49580, Identification Fiscal N° 91205125, CNSS N° 2951136, Patente N° 27926730