

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 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)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051798

7948

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2468

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Représentative

Nom & Prénom : BENDOUROU NAFYA

Date de naissance : le 02 09 1986

Adresse : Résidence ANFA PLAZA "B" N° 2 - 1<sup>er</sup> étage

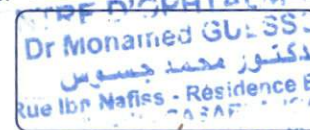
Rue HAMED CHABRI

Tél. : 066660865

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 JUL 2021

Nom et prénom du malade : BENDOUROU NAFYA

Age : 34

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 02 juillet 2021

Le : 02 / 07 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
02 JUL. 2021			255,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Optique Ville pour Cent Optométriste & Opticien	11.7.2021	3000

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Optique Mille pour Cent  
Optométriste & Opticien

# Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture : N° 000714

Date : 4/7/21

Mr :

Docteur :

Type des Verres :

Monture :

Vision de Loin :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

Vision de Prés :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

Add :

Montant :

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211



**Docteur GUESSOUS MOHAMED**

الدكتور محمد كسوس

اختصاصي في أمراض و جراحته العيون  
Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon ( France ).  
Ancien attaché des Hôpitaux de Lyon ( France ).  
Ancien attaché des Hôpitaux Militaires du Maroc.  
**Médecin Expert Assermenté Auprès des Tribunaux**

Maladies et Microchirurgies des Yeux

Explorations oculaires - Lasers Argon et Yag  
Lentilles de contact . **Chirurgie de la Myopie au Laser**

Casablanca le 02-07-2021

Mr Mme Melle **BENDOUKOU NAFYA**

**A. Prescription de Verres correcteurs et monture adaptée à l'écart pupillaire:**

Uni focaux - Progressifs ou 02 montures séparées - Traités Antireflet - Amincis -  
Blancs - Photochromiques - Teintés

**Vision de Loin :**

\* Oeil Droit :  $+1.50 (110^\circ - 1.50)$   
\* Oeil Gauche :  $+1.50 (60^\circ - 1.50)$

**Vision de Près :**

\* Oeil Droit :  $Add +3.00$   
\* Oeil Gauche :  $Add +3.00$

**B. Instiller aux deux Yeux :**

Optométriste & Opticien  
Mille pour Cent

1) Indocally - 0.1%  
- 3/1 x 15  
2) Hylo Care  
- 3/1 x 15  
3) Convergence  
- 2/1 x 15

n°2  
n°3

**D. GUESSOUS MOHAMED**  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Expert Assermenté près des tribunaux  
6 Rue Ibn Nafiss Casablanca  
0522 99 44 77 - 0522 98 15 81

**RESIDENCE BENOMAR**  
RUE IBNOU NAFISS PORTE ' B '  
CASABLANCA-MAARIF.

TEL : 0522-99-44-77 et FAX : 0522-98-15-81.

Patente : n° 35709720 - I.C.E : 001637889000073 - C.N.S.S : n° 2700674