

# 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

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)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0048141

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3505 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 90308

Nom & Prénom : MAJANI Rachida

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.31.63.48.99 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae Bencheikroun  
Ophtalmologiste  
Rég. du Palais Bd Ghandi  
Tél/Fax 022 36 37 08  
Urgence 052 55 19 36

Date de consultation : 21 / 09 / 21

Nom et prénom du malade : MAJANI Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Vice de la main

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.

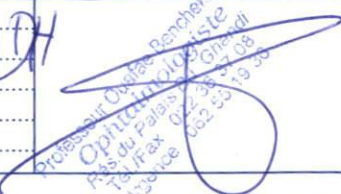
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :



# 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
21-09-21		05 + Fc	380 DH	


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/21	150,16 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

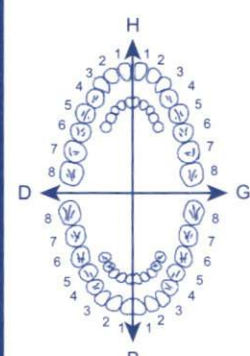
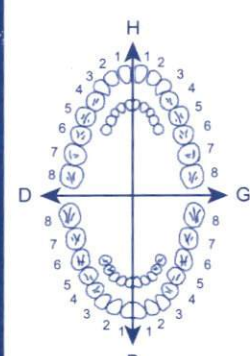
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27-10-2021					6600,00 DHS

# 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقرن

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون  
جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca , le

21-09-21

الدار البيضاء في

Margari Pachoula

999 - Phylarm A's

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
P.V. 75,00 DHS  
A.M.N° 728/16DMP/21/NRQ

Lévophta® 0,05%  
Collyre en suspension

75,00 - Levophta A's

Sept x2

Hye

LOT

PPC 99,00 DHS

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

S.V

Professeur Ophthalmo  
Rég. du Pa  
Tél. / Fax  
Immence

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D - 3ème étage N° 12 - Casablanca.

Tél & Fax : 05 22 36 37 08 - Urgence : 06 62 55 19 36



24,00

- Naaba 4.5

Appt xy

202,60

Aerius

Appt le 504.

459,60



Professeur Ouedraogo  
Res du Palais  
Tel: 022 96 37 08  
Urgence 062 86 19 36

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون  
جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - اللايزر

عدسات الإتصال

Casablanca , le 21.09.21 ..... الدار البيضاء في

Pargani Rachida

Lunettes VL

OD = + 2,75 (-0,25, 170°)

OG = + 2,75 (-0,50, 160°)

Add + 2,75

OPTIQUE ELFATH  
Opticien Optométriste  
63, Bd Mouli Boukeita  
CASABLANCA

Professeur Ouafae Benchekroun  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghandi  
Tél/Fax : 05 22 36 37 08  
Urgence : 06 62 55 19 36

FACTURE N° 120

Casablanca, le : 27/10/2021

M<sup>me</sup> MARJANI RACHIDA

N° de Nomenclature :

Docteur : OUIFAE BENCHEKROUN

Monture : optique	1	1800-
Verres : PROGRESSIF		
VL : Antireflet		
OD : + 2.75 (-0.25 à 170°)	1	2400
OD : + 2.75 (-0.16 à 160°)	1	2400
VP :		
OD :		
OG :		
Total :	3	6600-
Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :		
Six mille Six Cents		
D H.		

OPTIQUE EL FATH  
Opticien Optométriste  
63, Bd Moudi Boukeita  
CASABLANCA

IF : 40178251 - R.C : 377480 - PATENTE : 36616616 - ICE : 0008056000089

OPTIQUE EL FATH  
Opticien Optométriste  
63, Bd Moudi Boukeita  
CASABLANCA