

## 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 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° W19-554619

124750

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3082 Société : MAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALLI RETHA ELI KHALIL

Date de naissance : 08/08/62

Adresse : 8 LOT HIND LALICORNE CHABABIA

Tél. : 0661855395 Total des frais engagés : 0000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JUL 2022

Nom et prénom du malade : SKALLI NORA

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

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : 02 / 07 / 2022

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
01 JUL 2022	Co. Fo (K.I.O.)		400	INP : 09702333

# 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

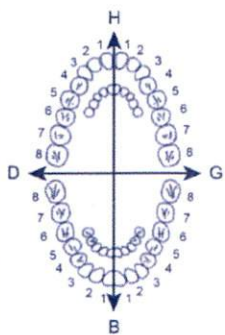
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca	23/02/21					1600,000

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

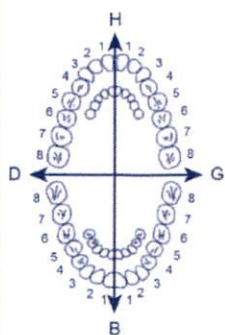
Important :

Veillez 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
B																		
<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		MONTANTS DES SOINS	<div></div>															
		DATE DU DEVIS	<div></div>															
		DATE DE L'EXECUTION	<div></div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0004578

Docteur : Bennani Mohammed Amine  
Mr. : Skalli Nora

## Nomenclature :

Montures :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL} \text{ } \underline{\text{Optique 600,00}} \\ \text{VP} \text{ } \underline{\hspace{10em}} \end{array} \right.$

Type de verres : Organique

### \* VISION DE LOIN :

OD : Axe :                      Cyl :                      Sph :                     

OG : Axe :                      Cyl :                      Sph :                     

### \* VISION DE PRES :

OD : Axe : 125 Cyl : -0,75 + 3,00 Sph : 500,00

OG : Axe : 125 Cyl : -0,75 + 2,50 Sph : 500,00

Add :                     



= 1600,00 Dhs

Total : Tille six Cent Dhs

Date : 23/07/22



Dr. Bennani Mohammed Amine  
Ophtalmologiste  
Diplômé de l'institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين  
أمراض وجراحة العيون  
خريج معهد براكير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie  
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 18-07-2022-

Patient : **Madame SKALLI Nora**

MONTURE / VERRES DE PRES ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit :  $(125^\circ -0,75) + 3,00$

Oeil Gauche :  $(100^\circ -0,75) + 2,50$



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca  
•Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40