

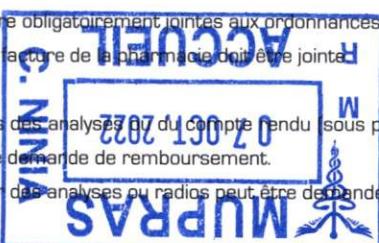
# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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

- Reclamation : 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

M22- 0041399

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9159

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre : 132590

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie M22-0041399

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 : .....

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

**C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
**CS** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
**CNPSY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
**V** = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
**VN** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
**VD** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
**VD** = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
**PC** = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
**K** = Actes de chirurgie et de spécialistes

**SF** = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
**SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
**AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
**AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
**AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste  
**AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
**R-Z** = Electro-Radiologie  
**B** = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être déposé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur

## LES ACTES SOUS ORDRE PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
 - L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL  
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM  
 - PREVENTORIUM  
 - SEJOUR EN MAISON DE RETRAITE  
 - LES ACTES EFFECTUÉS  
 - d'actes répétés en plusieurs étapes  
 - globaux comportant un ou plusieurs actes dans le temps.
- 8160706990  
 581212  
 581212  
 581212
- INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
 OPÉDIE  
 EDUCATION  
 - LES ACCOUCHEMENTS  
 - LES CURES THERMALES  
 - LA CIRCONCISION  
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0387237

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABDELLAH BRAHIMI  
 Matricule : 9157 Fonction : Chercheur Poste :  
 Adresse : 657 chababry, 1000, Casablanca  
 Tél. : 2820 Signature Adhérent : ABDELLAH BRAHIMI

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ABDELLAH BRAHIMI ILYAS  
 Age : 55  
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 01/06/2022

Nature de la maladie : Affection oculaire

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A : Casa, le 22 JUIN 2022

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin : DR BENNANI MÉD. AMN  
 7, Rue Ibnou Babék  
 Casablanca 20100  
 022 50 02 02



### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 387237  
 Matricule N° :  
 Nom du patient :  
 Date de dépôt :  
 Montant engagé :  
 Nombre de pièces jointes :

## RELEVE 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
22 JUIN 2022	Os	—	300,-	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE ET VISUEL N° 3 Rés Jaccin Rui AF EN Admirl Q Val Fle Jr Casablanca - RC : 52925210 11 053222 1322	22 22 40 13					3600 DH

## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANT DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
					MONTANT 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

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

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

Casablanca, le 22.06.2022

Patient : **Enfant BRAHIMI Ilyas**

MONTURE / VERRES LOIN ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : -3,75

Oeil Gauche : -3,75



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

## Information client

Date de la facture : 13/08/2022

Numéro de facture :

65

- Nom & Prénom : BRAHIMI ILYAS
- Téléphone : 0669070718
- E-mail :

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA  
 N° 3 Rés Jacinth Rue Ahmed  
 El Kadmiri Q Val Fleuri  
 Casablanca - RC : 529259  
 Tél : 0522231328

## Dernière réfraction

#	Sphère	Cylindre	Axe	Addition
Oeil droit	-3.75			
Oeil gauche	-3.75			

## Liste des produits

	Description	Quantité	Sous Total TTC
<b>Monture</b> <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Métal	• Monture	1	1800.0
<b>Verre</b>	• / VERRE_ORGANIQUE • / SIMPLE_FOYER • / 1.6 • / FILTRE_LUMIERE_BLEU	1	1800.0

Arrêtée la présente facture à la somme de :  trois mille six cents Dirhams	<b>Total HT</b>	3000.0
	<b>TVA (20%)</b>	600.0
	<b>Total TTC</b>	3600.0

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA  
 N° 3 Rés Jacinth Rue Ahmed  
 El Kadmiri Q Val Fleuri  
 Casablanca - RC : 529259  
 Tél : 0522231328

## Optique et Vision Casablanca

Société à responsabilité limitée, Capital de 10 000 DH

SIEGE SOCIAL : LOCAL COMMERCIAL N°3 RUE AHMED EL KADMIRI QUARTIER VAL FLEURI RES JACINTH  
 QUARTIER MAARIF - CASABLANCA / Tél: 0522-23-13-28

IF : 50555531 | RC : 529259 | ICE: 003006247000058 | TP : 34702816 | INPE : 065037376

## Information client

Date de la facture : 13/08/2022

Numéro de facture : 64

- Nom & Prénom : BRAHIMI MOHAMED KHALIL
- Téléphone : 0669070718
- E-mail :

## Dernière réfraction

#	Sphère	Cylindre	RC : 529259	Addition
Oeil droit	-1.5	-1.0	95	
Oeil gauche	-1.0	-1.0	80°	

## Liste des produits

	Description	Quantité	Sous Total TTC
<b>Monture</b> <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Métal	• Monture	1	790.0
<b>Verre</b>	• / VERRE_ORGANIQUE • / SIMPLE_FOYER • / 1.6 • / ANTI_REFLET	1	1460.0

Arrêtée la présente facture à la somme de :  deux mille deux cent cinquante Dirhams	Total HT	1875.0
	TVA (20%)	375.0
	Total TTC	2250.0

Optique et Vision Casablanca

Société à responsabilité limitée, Capital de 10 000 DH

SIEGE SOCIAL : LOCAL COMMERCIAL N°3 RUE AHMED EL KADMIRI QUARTIER VAL FLEURI RES JACINTH

QUARTIER MAARIF - CASABLANCA / Tél: 0522-23-13-28

IF : 50555531 | RC : 529259 | ICE: 003006247000058 | TP : 34702816 | INPE : 065037376