

# 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
- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 1052620

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00647 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : VEUVE CHAHID SAADIA

Date de naissance : 1952

Adresse : Dh. Houria Rue 208 N° 74

Hay Hassani - Casa

Tél. : 06.72.71.59.36 Total des frais engagés : 1400,30 = Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAHID Sadia Age : 71 ans

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 : Casa Le : 13/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

*(Handwritten signature and MUPRAS stamp)*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
1 JAN. 2023	G		250 dh	<i>Maarouch Joanny</i> Dentiste 2 Mars 11 Bd. Qods Al Mahr Imm. V N°1

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Oumayyad</i> Lot 9, Casablanca Tél: 05 23 32 36 29	21/01/23	150,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

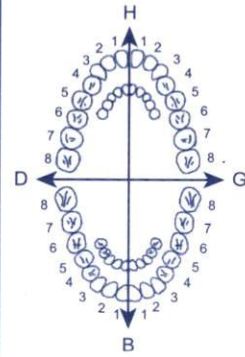
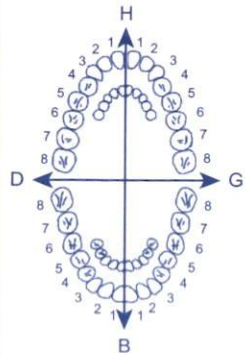
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>OPTICALS CITY</i> OPTICIEN - OPTOMETRISTE Les Ronds Ely Mag Appt 84 Ang Ed D. Ma Et Al Qods Tél: 0613 13 89 99 / 0522 50 20 20	11/01/23					1000 dh

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Ordonnance

Casablanca le : 31 janvier 2023

Mme CHAHID Sadia



120,00

### NAVIBLEF INTENSIVE CARE : MOUSSE POUR LES PAUPIÈRES

1 massage des paupières le soir au coucher; puis rincer avec de l'eau chaude, dans les deux yeux

3030

### ICOMB: COLLYRE

1 goutte x 3/j pdt 6 jours , dans les deux yeux



= 150,30

Pharmacie Ocasia  
Rue de la Liberté  
Hay Mohammadi  
Tél: 05 22 10 61

RIMA PHARMA  
PVC : 120,00

**navibler®**  
INTENSIVE CARE

Hind Kharbouch  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars & Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. V N°1  
Tél: 0522 52 10 61

أيكومب  
Icomb®

Lot: / B 007  
Fab: 01 22  
Exp: 01 24

Dr Hind KHARBOUCH

**Spécialiste en Ophtalmologie**

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact



**د. هند خربوش**

**إختصاصية في أمراض وجراحة العيون**

جراحة الجلالة بالألوان فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكية واللاز

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

Casablanca le : 31 janvier 2023

**Mme CHAHID Sadia**

Monture + verres correcteurs  
Organiques, Antireflets

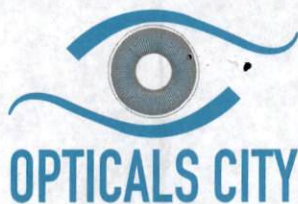
OD = (- 1.25 à 117°)

OG = + 0.25 (- 1.25 à 82°)

OPTICALS CITY  
1. Res. Les Kousiers Ltg. Ang. Aït. 34  
Ang. Bd. Dakhil Et Al Qods  
Tél.: 0613 13 89 99 / 0522 50 20 20

Dr. Hind Kharbouch Joudy  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars Lt Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. N°1





Facture N°: 002508

Casablanca, Le: 4/8/23

M. Chahid Sadia

N° de nomenclature Corresponds à La prescription du Docteur	Vision de Loin	Vision de prés	Double Foyer PROGRESSIF
O.D.	4.08	O.D.	O.D.
O.G.	4.08	O.G.	O.G.

FOURNITURES:

MONTURES:

M. optic

1

500Dh

VERRES: organique Antireflets

O.D: 1-1.25 à 1.75

1

250Dh

Vision de Loin:

O.G: +0.25/-1.25 à 88

1

250Dh

O.D:

Vision de prés:

O.G:

TOTAL: 1000Dh

Arrêtée de la présente facture à la somme de: Mille Dirhams

1 RES LES ROSIERS ETG MAG APT 34 ANG BD DAKHLA ET AL QODS

Tél: 05 22 50 20 20 - GSM: 06 13 13 89 99