

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

M22- 0047569

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00932 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ECHATI BZ M'BAEKA
Date de naissance : 07/01/1957
Adresse : DAR LAMANE & CO D'Imm No 107 HAY MOUHAMMAD
Tél. : 0634674772 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Khalid BANINE
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Antra
El Mourakouchi Rés Fatima Zahra
3ème étage N° 6 Casablanca

Date de consultation : 27 FEB 2023
Nom et prénom du malade : ECHATI BZ M'BAEKA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Anetropie
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) :

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
27 FEV 2023	02	140	2500	Dr Khalid BARINE OPHTALMOLOGISTE angle Bd Ibn Rachid et Ibn F. El Mourakouh n° 6 Casablanca 2ème étage

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/02/2023

179,20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

28/02/2023

T: 3500,00 D: 1

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

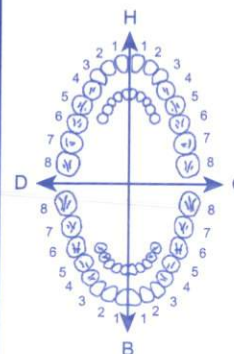
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

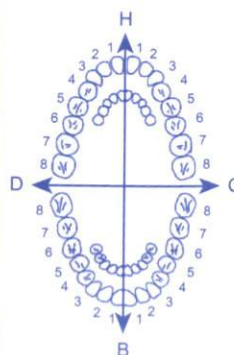
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

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

Docteur Khalid BANINE

Ophtamologiste



الدكتور خالد بنين

إختصاصي في طب و جراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Glaucome - Voies Lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

- جراحة الجلالة - الخول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايك

Casablanca, le

27 FEB 2023

الدار البيضاء, في :

ECHARTER Manka

lunette n° de l'in

$$\text{O.D.} = -3.00 (-1.00 \text{ 75}) \text{ Add } +2.00$$
$$\text{O.S.} = -3.00 (-1.00 \text{ 20}) \text{ Add } +2.00$$

77.10 Dera free one 3
75.70 Talay on 20 20
26.40 Stender 20 20

179.20

Dr Khalid BANINE
OPHTALMOLOGISTE

Angle Bd Ibn Tachafine et Ibn Al Adraa El Mourakouchi
Rés Fatima Zahra N°6 Casablanca

Angle Bd Ibn Tachafine et Ibn Al Adraa El Mourakouchi
Résidence Fatima Zahra II 3ème étage - N°6 Casablanca
(au dessus de Marjane Market et Bank of Africa)
Tél.: 0522 61 22 22

E-mail : kbanine@gmail.com

زاوية شارع ابن تاشفين و شارع ابن العذراء المراكشي
إقامة فاطمة الزهراء II الطابق 3 رقم 6 - الدار البيضاء
(فوق مرجان ماركت و بنك أفريقيا)
الهاتف : 0522 61 22 22

STERDEX

pommade ophtalmique

Dexaméthasone 0,267 mg /

Oxytétracycline 1,335 mg

PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri,

20 110 Casablanca

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



6 118001 102860

LEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Facture



Facture N° :

1719

Date :

2023-02-28

Client :

ECHATIBI

MBARKA

OPTIQUE AL HAY

HAY MOHAMMADI CITE ONCF

BD CHOUHADA BLOC 9 N 476

Tel: 0522-603598

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	-5.50	-1.50	75	+2.50
VLVPG	-3.50	-1.50	95	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.6 PHOTOCHROMIQUE AR	1	1250.00	1250.00
2	PROG ORG 1.6 PHOTOCHROMIQUE AR	1	1250.00	1250.00
3	Monture 1	1	1000.00	1000.00

TVA	20%	Total TVA	583.33
Total HT	2916.67	Net à payer	3500.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

trois mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

OPTIQUE AL HAY - HAY MOHAMMADI CITE ONCF BD CHOUHADA BLOC 9 N 476 - 0522-603598 -
 IF: 20790544 - ICE: 001939621000048 - RC:381513 - TP:31990769