

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [rec@mupras.com](mailto:rec@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

### M22- 0005180

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683 Société : MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDI S. Mohamed

Date de naissance : 1952

Adresse : habituelle

Tél. : 0623 13 60 21 Total des frais engagés : 4700,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 Mars 2023

Nom et prénom du malade : BENDI SIMOHAMED Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : 04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
11 Mars 2023			2007 H	

PHARMACIE DES ÉTOILES  
M. CHEDDADI Khadija

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
	11/03/2023	68.50

## 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
		A M	P C	I M	I V	
	6/04/23					4500

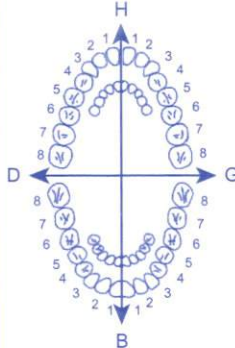
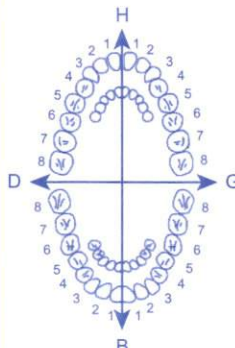
M-A-D OPTIC  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibate  
Daali  
2633

# 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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Croissant Rouge Marocain**  
**Clinique D'Ophtalmologie**  
**Maladies et Chirurgie des yeux**

Tél : 05 37 37 43 05 - Fax : 05 37 37 43 06  
Adresse : 6 Rue Omar Ibn Abdelaziz  
KENITRA



الهلال الأحمر المغربي  
مصلحة العيون  
أمراض و جراحة العيون

الهاتف : 05 37 37 43 05 الفاكس : 05 37 37 43 05  
العنوان : 6 زقة عمر ابن العزيز  
الكنيطرة



PT2001000824

11 mars 2023

**Mr. BENDI Simohamed**

22,60

FLUCON 0.1 % COLLYRE

1 gtte 2 fois par jour

45,90  
CILOXAN COLLYRE

1 goutte 3 f / j

Traitement pendant : 10 jours , dans l'œil gauche

T: 68,50



PHARMACIE DES ECOLES  
Mme CHEDDADI Khadija  
12, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél : 05 22 27 53 11  
Fax : 05 22 29 79 98 73  
ICE : 001625764000073

**Dr. Zineb Tabulloud**  
Ophtalmologiste  
Clinique du CRMI Kenitra  
INPE : 051070498







OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° : 0 4464

Casablanca, le 6-04-2023

Mme / Mr : BENDI Si Mohamed

Dr : .....

VL

OD : +1.00 (-3=80)

OG : +2.00 (-3=85)

Monture

2.00 optique  
1000. DH

VP-Add

OD : add +2.00

OG : add +2.00

Verres

Progressif ORMA.8 Clear  
3500. DH =

Total à payer : 4500. DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre mille  
Cinq cent

payé espèces

Cachet et Signature  
M.A.D OPTIC  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibat  
Casablanca

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC 6123  
ICE : 002642590000069

Croissant Rouge Marocain  
Clinique D'Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des yeux

Tél : 05 37 37 43 05 - Fax : 05 37 37 43 06

Adresse : 6 Rue Omar Ibn Abdelaziz

KENITRA



الهلال الأحمر المغربي

مصلحة العيون

أمراض و جراحة العيون

الهاتف : 05 37 37 43 05 الفاكس : 05 37 37 43 06

العنوان : 6 زقة عمر ابن عبد العزيز

الكنيطرة



PT2001000824

11 mars 2023

**Mr. BENDI Simohamed**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
filtre anti lumiere bleue

VL : OD = + 1.50 (- 3.00 à 80°)

OG = + 2.00 (- 3.00 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

**M-A-D OPTIC**  
Opticien Optometriste  
63, Rue Aguibate  
Casablanca

