

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0044105

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKDOUR Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : CASA

Tél. : 06 63 47 18 51 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Dalila SBAI IDRISSI  
Ophtalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06  
INPE: 091033100

Date de consultation : 06/03/2023

Nom et prénom du malade : KEHELAOUINET Radia Age:

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

Nature de la maladie : Affection longue durée de répartition

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 : CASA Le : 06/03/2023

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
06/03/23	act	1	6000	<b>Ophthalmologiste</b> 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 091033100

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

08/04/23

68,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

10/04/23

Leser Ang 1200,2

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

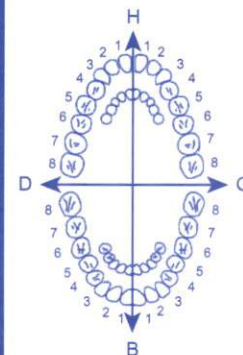
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

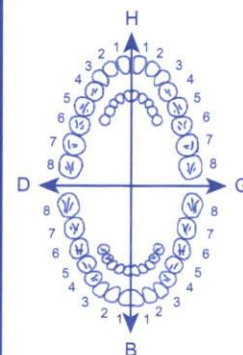
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....08 avril 2023.....

Mme KEHELAOUINET Rachida

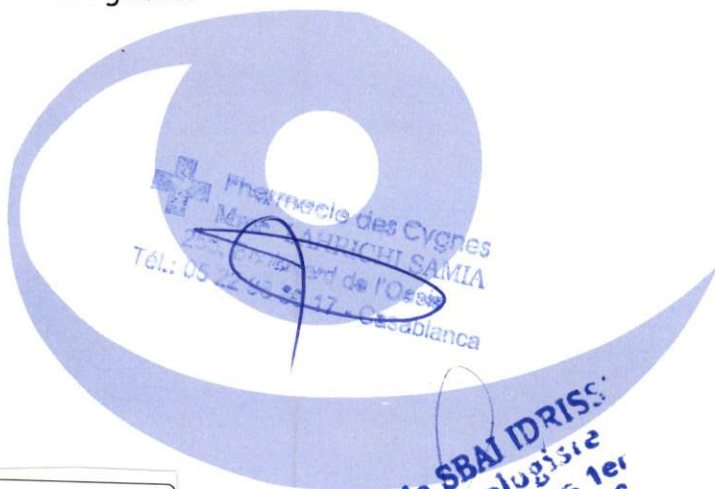
68,120

DICLOCED COLLYRE



1 gtte x 2 par jour x 1 mois

dans l'œil gauche



Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophtalmologiste  
84, Bd Moulay Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06



لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

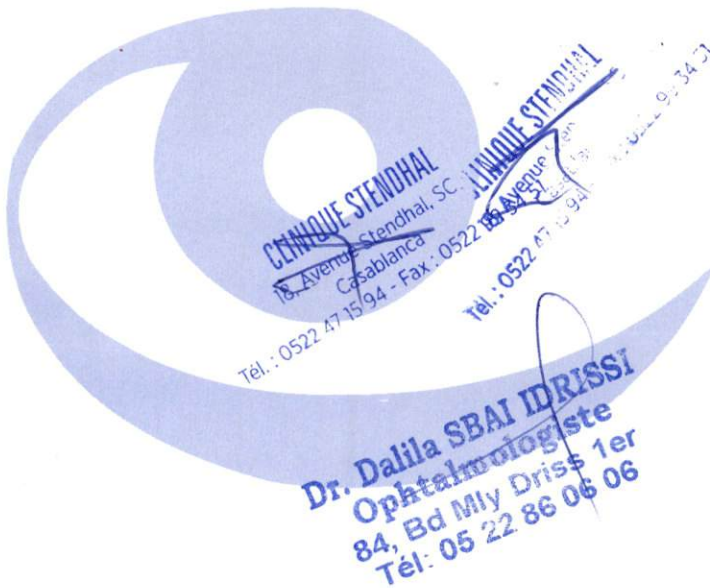
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....06 mars 2023.....

Mme KEHELAOUINET Rachida

OG Micro trou à 5h 6 h

Laser argon



لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص



# Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 10/10/2023

## Compte rendu

Mme KEHELAOUINETE RACHIDA, 65 ans  
ATCDS : RAS

OG

Sous anesthésie topique

Pose de verre à trois miroirs

Repérage des lésions rétinienues

Barrage au laser argon

AINS topique

Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophtalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

# F A C T U R E

N° 4 218 / 2023 du 10/04/2023

Nom patient	KEHELAOUINET RACHIDA	Entrée 10/04/2023	Sortie 10/04/2023
Prise en charge	PAYANT		

LASER ARGON PASCAL Œ

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER ARGON PASCAL ŒIL	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
<b>Total</b>				<b>1 200,00</b>

	<b>Total général 1 200,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 200,00				1 200,00	0,00

  
**CLINIQUE STENDHAL**  
 18 Avenue Stendhal, SC  
 Casablanca  
 Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

**D E V I S**

N° 230310101813HA

10/03/2023

HAJAR

Nom patient **KEHELAOUINET Rachida**Prise en charge : **MUPRAS**Traitements **LASER ARGON**  
**LASER ARGON**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
	LASER ARGON	1		1 200,00	1 200,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 200,00</b>

<b>Total devis</b>	<b>1 200,00</b>
Part Patient	0,00
Part Organisme	0,00

**DEVIS POUR ACCORD PREALABLE**

**CLINIQUE STENDHAL**  
18, Avenue Stendhal, SFP  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51