

## 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

- 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° W21-712282

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 956 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : ✓

Nom & Prénom : NAJIB CHAWI

Date de naissance : 26-07-71

Adresse : 15 rue Californie 11 AP 11 AM CHACK CASA

Tél. : 0661 197200 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHAIBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, bd. panoramique, californie  
Casablanca maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 65 00 / 66 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 45 21

Date de consultation : 11/04/2023

Nom et prénom du malade : NAJIB ELIAS Age :

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 : Le : / /

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
11/04/23	S		200,-	<p>INF: 09Np397119</p> <p>DR. CHAHBI Mohan</p> <p>544, bd panoramique, casablanca maroc</p> <p>Tél : 05 22 29 66 86 46 41</p>

544 by Oph...

Basablanca marocain, californien

22 29 66 00 / 00 - 05 22 5

ES

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

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

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires[illegible]

Date des

Nombre

Montant détaillé  
des Honoraires

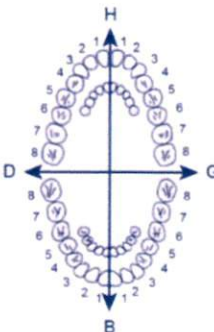
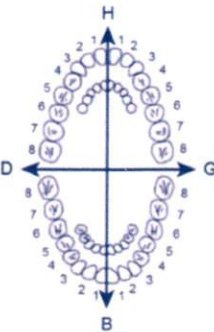
3900, ✓

# 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	INP : <input type="text"/>												
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <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></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
					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

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

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# OPTIC

— POUR TOUS —

FACTURE N° 100787

Casablanca, le 16/6/2023

Me/Mme : Nafh ELIAS

Matricule : .....

Nbr Article	Désignation	P.U.	P. Total
	Monture de lunette : optique		2200,-
	Verres : Zeiss ICL Blue protect		
	V.Loin : O.D: Axe : CYL : SPH : +0.75		950,-
	O.G: Axe : CYL : SPH : +1.00		950,-
	V.Près : O.D: Axe : CYL : SPH :		
	O.G: Axe : CYL : SPH :		
	ADD : O.D: 32		
	E.I.P O.G: 32		
	Divers		3900,-
	Ophtalmo :		
	Arrête la présente facture à la de trois mille neuf cent dix		

OPTIC POUR TOUS SARI  
Res Ramond 9 Rue El Massaoudi  
Etg RC Maarif Casablanca  
Mme Bennani Boutaina  
INPE: 095026449



ORDONNANCE

Casablanca le 11/04/2023

M: ELIAS NAJIB

UL

001 + 0,45

06 + 1,00

OPTIC POUR TOUS SARL  
Res Raneed 9 Rue El-Massaoudi  
Erg RC Maarif Casablanca  
Mme Benhani Boutaina  
INPE : 095026449

DR. CHAHBI Mohammed

Oculiste

544, bd. panoramique, californie

Casablanca maroc

Tel : 05 22 18 18 19 / 20

05 22 18 18 19 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 66 46 21



LN