

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-001572

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6497 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 160832

Nom & Prénom : KAR SOUS SAID

Date de naissance : 03/02/1961

Adresse : TISSIN 2 RUE 4 N° 29 BENECHID

Tél. : 0668.021309 Total des frais engagés : 3199,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47

Date de consultation : 11 MAI 2023

Nom et prénom du malade : KAR SOUS SAID Age : .....

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

Nature de la maladie : Améliopie

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 : BENECHID Le : 11/05/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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 MAI 2023     | C2                |                       | 300,00 dh                       | Dr. Soumaya CHEIKH HASSAN<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Rue Okba ben Nafii Berrechid<br>Tél : 0522 32 48 47 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                      | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie ALATAI<br>135 RUE WAZIR MOU<br>- BERRICHID<br>Tél: 05 22 33 64 64 | 11/05/23 | 79,00.                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

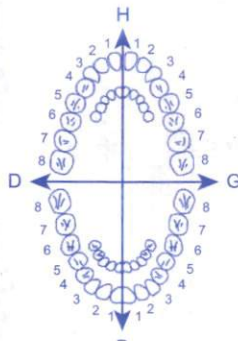
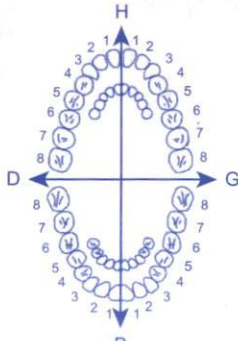
| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| OPTICIAN MEDDINE ADIL<br>Opticien Optométriste<br>BERRICHID<br>Tél: 05 22 32 77 77 | 11/05/23       |        |    |    |    | 1200,00                         |

# 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                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|--|--|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|--|--|
|       |  |                  |  | 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  | H  | H  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  | H                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  | B  | B                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  | 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

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف: 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

11/05/2023

Mr. KARSOUS Said

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

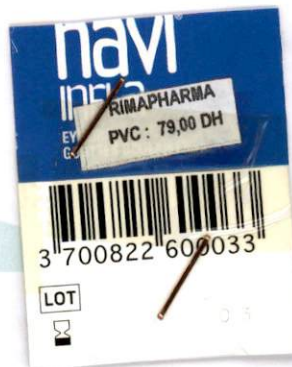
VL :

OD = + 2.00 (- 0.75 à 90°)

OG = + 1.50 (- 0.50 à 70°)

VP :

ODG = Add : + 3.00



79.00

**OPTIDINE**  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien - Optometriste  
Rue Okba Ibn Nafii - Berrechid  
Tél: 022 32 32 01 - Fax: 022 32 77 77

1/ NAVI INFLA

1 goutte 3fois/jr, les deux yeux



Pharmacie ALAFAQ  
1.315 Rue Ibrahima Madi  
- BERRECHID -  
Tél: 05 22 32 64 01

79.00

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47



5, Lot Essafi Bd: Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 12/05/2023

MR KARSOUS SAID

FACTURE N°551/2023

| QTE | Description                              | PU (TTC) | Montant (TTC)   |
|-----|--|----------|-----------------|
| 1   | MONTURE OPTIQUE                          | 600,00   | 600,00          |
| 2   | VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES<br>BLANCS | 1 100,00 | 2 200,00        |
|     |  |          | <b>2 800,00</b> |

OD ( 90° -0,75) +2,00  
OG ( 70° -0,50) +1,50  
add+3,00

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE HUIT CENT DIRHAMS**

