

# 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

M23-005461

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Mohammed RGUIEGU  
 Date de naissance : 15-12-1950  
 Adresse : Hay EL ANJALOUS B° M° ELBOUHLALI N° 82-04 J.D.A.  
 Tél. : 0536501309 Total des frais engagés : 1500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15/05/2023  
 Nom et prénom du malade : LAHARBI YASSIN Age : 1956  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 04 J.D.A. Le : 22/05/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Dr Abdeighani BENKHALTI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Mohamed Derfoufi, Imm.  
Belhoussine, 1<sup>er</sup> Etage - OUIDA  
Tél. : 05 36 68 67 07



# 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
15/05/23			300011	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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	
<b>MOON VISION</b> Opticien - Optométriste - Contact Tél : 05 38 50 30 28 M : 09 71 12 12 Bd Massard 1000 N° 37-38 (à côté du Café Manar) - C.D.U.	15/05/23					12000h

# 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"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] 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 Abdelghani BENKHALTI**

**OPHTALMOLOGISTE**

**Chirurgie Oculaire et Orbito**

**Palpétraire, Angiographie - Laser - OCT**

**Topographie cornéenne**

**Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat**

**Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie**

**à l'Hôpital Al Farabi - Oujda**

**Expert assermenté auprès des Tribunaux**



**الدكتور عبد الغني بنخالت**

**اختصاصي في أمراض وجراحة العيون**

**جراحة العين والجفن**

**جراحة المسالك الدمعية**

**فحص شبكة العين بالأشعة - لازير**

**خريج كلية الطب بالرباط**

**رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى**

**الفارابي سابقا بوجدة**

**خبير محلف لدى المحاكم**

**15 mai 2023**

**وجدة، في ..... Oujda, le**

**Mme LAMRABTI Yamina**

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets**

**VL : OD = Plan**

**OG = + 0.75 (- 2.00 à 30°)**

**2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs**

**VP : OD = Add :**

**OG = Add : + 2.50**

**MOON**  
Ophtalmologue - Contactologue  
05 36 68 67 07 - 05 71 05 62 66  
Rue Mohamed Derfoufi, Imm. Belhoussine 1<sup>er</sup> étage - Oujda  
Près du Marché Couvert

**Dr Abdelghani BENKHALTI**  
Ophtalmologue  
Rue Mohamed Derfoufi, Imm. Belhoussine 1<sup>er</sup> étage - Oujda  
Tél : 05 36 68 67 07



# MOON VISION

Abdellaoui Maan Mounia

OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
CONTACTOLOGUE

Bd. Hassan II, Rue Al Basma N° 37  
Sidi Yahya (en face Café HELSINKI) OUJDA

☎ : 05 36 50 38 28 - 📠 : 06 71 05 62 56

E-mail : moonvisionoujda@gmail.com

Le, 17/05/23  
M. : Hamza  
Yamina

**FACTURE**

N° 00000458

Ordonnance du Docteur :

N° de nomenclature correspondant	Loins { OD = Plan OG = +0.75 (-2.00 à 30°)
D.F { OD = OG =	Près { OD = Plan OG = +2.50

## FOURNITURES :

Monture	plastique	300 dh
Verres	progressif bleu cut	900 dh
TOTAL		1200 dh

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille deux cents dirhams

**MOON VISION**  
Opticienne - SIO - 17/05/23  
Tél : 05 36 50 38 28 - 06 71 05 62 56  
Bd Hassan II, rue Al Basma n° 37 - Sidi Yahya  
(en face du Café Al Manar) - OUJDA

IF : 47368223 - Patente : 11000712 - RC : 88564 - ICE : 002762431000088