

## 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

M22- 0046918

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601

Société : AG2859

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M'BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 COURS DES SPORTS  
20200 - CASABLANCA / HH

Tél. : 0662 512154 Total des frais engagés : 4518,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abou Abdellah Nafi  
Madrif - CASABLANCA  
Tél. 23.13.23 & 99.44.33

Date de consultation : 25 AVR 2023

Nom et prénom du malade : LAHLOU Najat ép M'BIRKOU Age: 78

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie - Cornée chronique

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 : CASABLANCA

Le : 25/4/23

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

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
25 AVR 2023		62 + 10 172	45,11	Dr. SERRHINI Azzeddine OPHTHALMOLOGISTE 110, Rue 1000 Abdelhak Nafu Madrif - CASABLANCA Tel. 23.13.23 / 99.44.23

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CAF Dr. H. Benmoussa 06 39 89 73	25/04/2023	68,00

# 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	
EXTRA ORAL MME MADJID EL KASSAB 115 BD GHANDI CASABLANCA INPE: 095011003	20/5/2023		4 Vene			4000DH
			2 Monture			

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

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 COEFFICIENT 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																
			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

**GSM : 06 60 41 10 92 - 110 , Rue Abou abdellah Nafii - Maarif - Casablanca**

## NOTE D'HONORAIRE

Casablanca le : 25/04/2023

Le Docteur Azzeddine SERRHINI

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

Mr/Mme/Mlle ...LAHLou...Najal...E.p...n.Bi.B.kou

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire

Soit la somme de : ...4.500,00.....DHS

Dr. SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abou Abdellah Nafii  
Madrif - CASABLANCA  
Tel : 23.13.23 / 09.44.33



## Facture



**Facture N° :**  
426  
**Date :**  
2023-05-20  
**Client :**  
NAJAT MBIRKOU  
NEE LAHLOU

**SOCIETE EXTRA  
OPTIC**  
115, Bd Ghandi  
Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+1.75	-1.00	60	
VLG	+1.75	-0.50	70	
VPD	+4.75	-1.00	60	
VPG	+4.75	-0.50	70	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	NIKON PURE BLEU 1.6	1	400.00	400.00
2	NIKON PURE BLEU 1.6	1	400.00	400.00
3	NIKON PURE BLEU 1.6	1	600.00	600.00
4	NIKON PURE BLEU 1.6	1	600.00	600.00
5	MONTURE OPTIC	2	1000.00	2000.00

<b>TVA</b>	20%	<b>Total TVA</b>	666.67
<b>Total HT</b>	3333.33	<b>Net à payer</b>	4000.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

quatre milleDirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE EXTRA OPTIC - 115, Bd Ghandi - 0522 233348 / 0680797471 - extraoptic@pubwebo.com  
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135 - INPE:095011003

EXTRA OPTIC  
MME NADIA MBIRKOU  
115 BD GHANDI  
INPE: 095011003