

## 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° W19-591035

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10651 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAR Fatima Zahra

Date de naissance : 17/08/1985

Adresse :

Tél. : 066910196 Total des frais engagés : 3000 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2023

Nom et prénom du malade : Chaouki Dhoua Age :

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

Nature de la maladie : cataracte / glaucome

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 : 07/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
07.10.23	CS		300	INP: 091166884

# 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

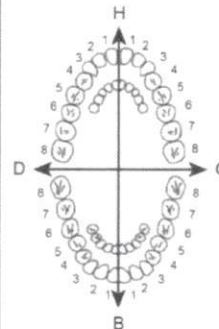
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BENKIA HAJAR Imm 7 GPE 4 Lot Ennahdha Errahma Dar Bouazza Casablanca Fix : 08 08 56 38 77 HAJAR BENKIA GPE: 095028411	25/10/23					3000 Dth

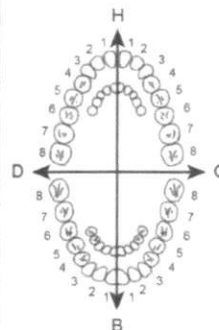
VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE  
SPÉCIALISTE



HAJAR

7 Op, Annakhil Rahma -Etagé MG Appt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca  
RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443  
ICE : 002721244000032

FACTURE N° 05090

Casablanca, le 12/10/23.....

M: <u>QHAOUKI Douaa</u>	
Docteur : <u>Houda Khelifi</u>	
Monture : <u>optique</u>	<u>1200</u>
Verres : <u>correcteur, anti-reflet</u>	
VL	OD : <u>-5,25 (-1,25 à 3°)</u> OG : <u>-5 (-2,25 à 166°)</u> <u>1800</u>
ADD	
VP	OD : ..... OG : .....
Total : <u>3600 DH</u>	
Arrêtée la présente facture à la somme de : <u>Trois mille dirhams</u>	

Signature et Chache

**BENKIA HAJAR**  
3 Imm 7 GPE 4 Lot Ennakhil  
Errahma Dar Bouazza  
Casablanca  
Fix : 08 08 56 38 77

**HAJAR BENKIA**  
INPE: 095028411



مركز العيون بئر أنزران  
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 07/10/23 في الدار البيضاء

Chauki Dourar,

Verre e Centre

antireflet

OD = - 5,25 (- 1,25 à 3)

OG = - 5 (- 2,25 à 166)

**BENKHA HAJAR**

3 Imm 7 GPE 4 Lot Ennahkil

Errahma Dar Bouazza

- Casablanca

Fix : 08 08 56 38 77

Signature of Dr. Houda Khlifi

