

# 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

- 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'I  
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

M23-014160

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005365 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Décédé

Nom & Prénom : Samoud Abderrahman

Date de naissance :

Adresse : 26 pass zineb ennelzaoui - hay ez zahra

Tél. : 0672 174041 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : vic dentif

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 : /

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
29/11/23	83		300pt	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE 2000</b> <b>Dr. KADRI LAZINE</b> 22, Bd. Mohamed V (Près de la Mosquée OHODJ) Berrechid Tél : 05 22 53 94 06 / 06 01 65 62 50 Instagram : Pharmacie_2000	7/11/23	124,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

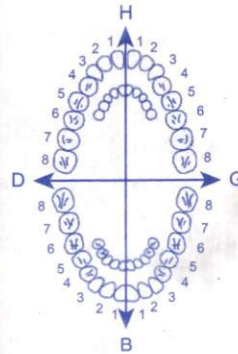
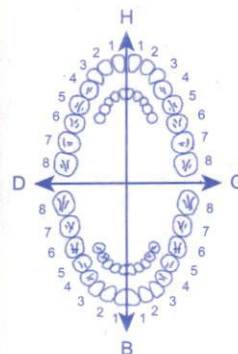
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16/12/23					

# 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie  
des yeux - Strabologie

Chirurgie de la cataracte aux U.S

OCT Angiographie , Laser

Chirurgie réfractive au laser

Traitement de kératocône

Traitement Oeil et Diabète

Traitement des maladies rétinienne

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Membre de la société française d'Ophtalmologie

Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd ( 20 Aout )



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة

فحص الشرايين بالأشعة

العلاج بالليزر

إختصاصي في تصحيح البصر بالليزر

علاج وجراحة الحول

علاج وجراحة مسالك الدموع

علاج إصابة العين بداء السكري

علاج أمراض الشبكية

الجراحة التجميلية للجفون

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب اختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

32/11/83  
0522 32 56 56  
Ophtalmologiste

De l'homme

Rehab

007 - 0, W

007 - 0, W

PHARMACIE 2000  
Dr. KADIRI LALLA ZINEB  
22, Bd. Mohamed V (Près de la Mosquée OHOD)  
Berrechid  
Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50  
Instagram : Pharmacie\_2000

OPTIQUE MOUSSAOU  
Opticien Optométriste  
Bd. E. Bloc 106, N° 7  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 0522 50 34 39-50 34 39

RIMAPHARMA  
PVC : 80,00 DH  
PLUS

N° LOT :  
EXP : 212043E  
PPV : 21/8/24  
44DH90

I. بوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكاوة - الهاتف : 05 22 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 05 22 32 56 56

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

Bloc Kodia 106 Bd. E

N°7 Bis, El Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 69 00 97 56

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



N° 004978

نظارات مساوي

أخصائي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 - الحي المحمدي E

الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا: 32825428

MOUSSAOUI Abdssamad

NPE: 095012357

Ordonnance de M. le Docteur :

BENYAHYA

N° de nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D: -0.25	PRES	O.D: _____
	O.G: 30° -0.25) SP		O.G: _____

FOURNITURE

1 Monture : PLASTIQUE

2 Verres : ORMA  
ANTIREFLET

Etuils :

Total : 2000 DH

600<sup>DH</sup>  
700<sup>DH</sup>  
700<sup>DH</sup>

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 16/12/23

M. ou Mme : SAHMOUD RABABE

ICE : 001789511000067 - ID : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031

OPTIQUE MOUSSAOUI  
Opticien Optométriste  
Bd. E, Bloc 106, N° 7  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 06 69 00 97 56 - GSM: 0669 00 97 65