

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

#69207

## 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

- 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'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

M23-009906

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL FASSI EL FIKRI MOHAMMED  
 Date de naissance : 08/10/1959  
 Adresse : HABITUELLE  
 Tél. : 06 793822 19 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. MRAD DALL AHMED IMAD  
 Date de consultation : 22/12/2023  
 Nom et prénom du malade : EL FASSI EL FIKRI MOHAMMED  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Amblyopie  
 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 : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : C. F. / 12/11

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
11/12/13	2.0ph		250.00	
11/12/13	1.0		200.00	


# 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

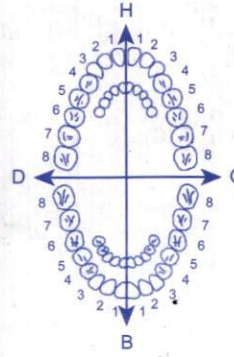
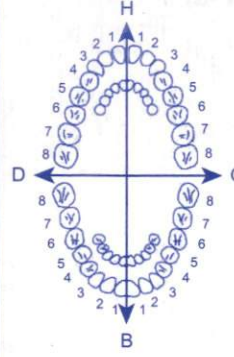
Cachet et signature du Laboratoire et du Fournisseur	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16/12/13					1352,50

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Miad Dali Ahmed I.*

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض و جراحة العين  
خريج كلية الطب بباريس

CASABLANCA LE 12/12/2023

Monsieur ELFASSI ELFIHRI MOHAMMED

Prescription d'une paire de LUNETTES :

VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLET  
MULTICOUCHES

Oeil Droit : + 0,25 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : + 0,50 , Addition + 2,50

+ monture

*Dr. MIAD DALI Ahmed I.*  
Ophthalmologiste  
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance  
Ben Jdia - Tél. 05 22 31 58 20 - 05 22 31 19 42  
Casablanca

UNO S.A.R.L.  
100 Avenue Mohammed VI Immeuble A  
104 Casablanca  
GSM: 0644703015  
INPE: 065062331

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Mrad Dali Ahmed I.*

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بباريس

**Casablanca le 12/12/2023**

## NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné certifie avoir reçu la somme de **200dh**  
(**DEUX CENT DIRHAMS**) de la part de  
**MONSIEUR ELFASSI ELFIHRI MOHAMMED**  
Concernant un examen de fond de l'œil au verre à  
trois miroirs après dilatation au mydriaticum K10.

*Dr. MRAD DALI Ahmed I.*  
*Ophthalmologiste*  
*Imm. Liberté Boulevard de la*  
*Ben Jdia - Tél. 05 22 31 58 20*  
*Casablanca*



LNKO

Adress : 100, Avenue 2 Mars RCE Tala Immeuble A RDC Maarif Casablanca

Tél : 06 64 76 36 15

contact@lnkobrand.com

INPE : 065062531

16/12/2023

FACTURE N°69207

Mme/Mr : ELFASSI ELFIHRI MOHAMMED

DESCRIPTION	MT HT	TVA 20%	MT TTC
<b>Monture</b>	460,42	92,08	552,50
<b>OD</b> : Verres organiques +0,25 PROGRESSIF Anti -Reflets	333,33	66,67	400,00
<b>OG</b> : Verres organiques +0,50 PROGRESSIF Anti -Reflets	333,33	66,67	400,00
<b>ADD +2,50</b>			
<b>TOTAL</b>	1 127,08	225,42	1 352,50

Arrêté la présent facture à la somme de : Mille trois cent cinquante deux dhs 50 cts

LNKO S.A.R.L.  
100, Avenue 2 Mars RCE Tala Immeuble A RDC Maarif Casablanca  
GSM: 0664763615  
INPE: 065062531

ICE: 002446492000067 IF: 45647563 PATENTE : 36366927 RC : 461905