

## 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.

N° W21-777101

189182

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 5719		ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENKERROU BENKADJA gp ABBOU
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		01/01/1953	
Adresse :		23 Rue des PELICANS- OASIS	
CASA		Tél. : 06 64 15 15 27 Total des frais engagés :	
		268, 60 Dhs	

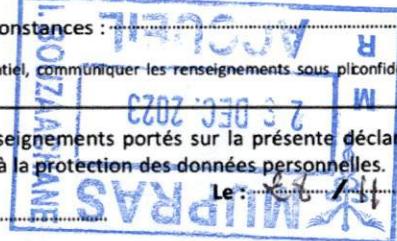
Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Dr. Dalila SBAI IDRISI	
Ophthalmodiologue	
84, Bd Mly Driss 1er	
Tél: 06 22 86 06 06	
INPE: 09103310L	
Cachet du médecin :	Date de consultation :
	01/11/2023
Nom et prénom du malade :	
BENKERROU BENKADJA	
Lien de parenté :	Age:
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
Hypertension	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE 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
28/11/2023	Ophtalmologie	1		INP : INPE: 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologue 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 06 22 46 46 06
28/11/2023	Ophtalmologie	1		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE JERRADA</b> 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél.: 09.94.49 / 99.05.18	26/11/2023	116, 00
<b>PHARMACIE JERRADA</b> 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél.: 09.94.49 / 99.05.18	28/11/2023	152, 60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**ADHERENT**

## **RELEVE 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	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie  
Laser - Lentilles de contact  
Phacoémulsification - Strabologie  
Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة الساد (الجلالة)  
 بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي  
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le ..... 28 novembre 2023 .....

Mme BENKERROUM Khadija

19.00

DIAMOX: CP 250 MG



PPU 24 DH 0  
EXP 08/2026  
LOT 36035 2

1/2 cp 3 fois par jour, pendant 15 jours

24.60

POTASSIUM SIROP

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tel.: 23.54.49 / 99.05.18

1 CS 2 x/j, pendant 15 jours

109.00

HYE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour pdt 3 mois, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

152.60



Jr. Dalila SBAI ID  
Ophtalmolog  
84, Bd M'ly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

LOT 0780723  
PPC 2025 07  
DHS 109,00

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophthalmodiagnostic

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

جراحة الساد (الجلالة)

Laser - Lentilles de contact

بالأمواج فوق الصوتية

Phacoémulsification - Strabologie

تخطيط الشبكية الوعائي

Chirurgie réfractive

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le  
**PHARMACIE JERRADA**

20 novembre 2023

61, Bd Abderrahim Bouapid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 23.54.49 / 88.00.18

Mme BENKERROUM Khadija

INDOCOLLYRE



2 - 58. ♂

1 goutte 3 fois par jour x 1 mois

116. ♂

dans l'œil gauche



**PHARMACIE JERRADA**  
61, Bd Abderrahim Bouapid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 23.54.49 / 88.00.18

Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophthalmodiagnostic  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص