

## 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° W21-764399

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7457 Société : N° 12 Casablanca - Tél. 05 22 20 45 45

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SAMIRA

Nom & Prénom : CHERKAOUI

Date de naissance : 07/10/1969

Adresse : 066143589

Tél. : 066143589 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2023

Nom et prénom du malade : CHERKAOUI SAMIRA Age :

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

Nature de la maladie : 24 JAN. 2024

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 : 24/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

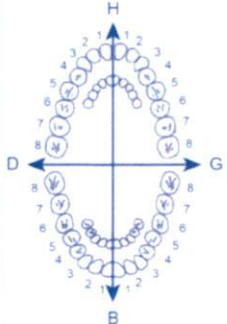
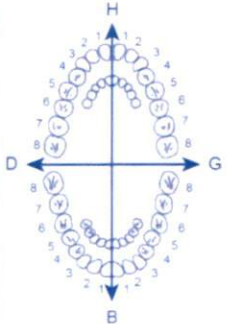


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/23	3 + 10	4000	091032656	Dr. LAMMAG BOUJAHED Dentiste Casablanca 0522 86 54 29

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RAHALI FATIMA ZAHRA OPTIQUE FRANCE VILLE Opticienne Diplômée Rue P. de la Rés. Mawada M.2 -Casablanca-	22/11/2024	24800 + 24

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
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>													
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

**Dr.Lamyae BOURHALEB**

**Ophtalmologiste**

**Maladies et chirurgie des yeux**

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie  
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



**الدكتورة لمياء بوعالب**

**طبيبة أخصائية**

**في أمراض و جراحة العيون**

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

16/11/2023

Dr. CHERNAWI SANIRA

Site n° 12 oculaire  
antérieur et postérieur

30.75

20.75

20.75

20.75

**RAHALI FATIMA ZAHRA**  
**OPTIQUE FRANCE VILLE**  
Opticienne Diplômée  
Rue Pasquier, Rés. Mawada M.2  
-Casablanca-

**Dr. Lamyae BOURHALEB**  
Ophtalmologiste  
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage  
N° 12 Casablanca Tél: 0522 86 54 29

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb\_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75



RAHALI FATIMA ZAHRA  
OPTIQUE FRANCE VILLE  
Opticienne Diplômée  
Rue Pasquier, Rés. Mawada M.2  
-Casablanca-

# Optique France Ville

## Opticienne Diplômée

Rue Pasquier, Residence Mawada – Mag. II, France Ville  
Casablanca

FACTURE

N°de série 05124 - Date : 22/01/2024

Mr M<sup>me</sup> CHERKAOUI SAMIRA

Ordonnance du docteur : Lamya Ben RHALEB

	Oeil droite			Oeil Gauche		
	Sph	Cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
Loin	+0,75			+0,75		
Prés						
Add	+2,50			+2,50		

Monture : Optique

Verre : Deux verres progressifs

N° Kom anti lumière

RAHALI FATIMA ZAHRA  
OPTIQUE FRANCE VILLE  
Opticienne Diplômée  
Rue Pasquier, Rés. Mawada M.2  
-Casablanca-

Prix U	Prix G
Optique 1800	1800
un verre: 1500	3000

Total : 4800 Dh

Arrête la Présente facture à la somme de : quatre mille huit cent dix-huit