

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-578565

195948

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7809

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENMOUSSA YASSIR

Date de naissance :

9/8/69

Adresse :

19 Rue Jules Gras OASIS

Tél. :

0661210466

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOURAD EL FADIL

Ophthalmologiste

74, Bd La Grande Ceinture Res EL KHEIR

Appt 112 Etage 1 H.M. Tel: 05 22 61 24 52 - CASA

IMPE : 2023 49205

Date de consultation :

29 NOV

Nom et prénom du malade :

BENMOUSSA YASSIR

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Accident de circulation

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.

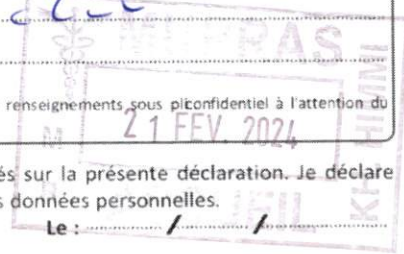
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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 NOV 2023			85074	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19/12/2023					8200 m

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																												
				MONTANTS DES SOINS [ ]																												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																												
				FIN D'EXECUTION [ ]																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553							COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D			B																												
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**Dr. EL FADIL Mourad**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie des Yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société  
Française d'Ophtalmologie



**الدكتور الفاضل مراد**

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية  
لطب العيون

Casablanca, le: **29 NOV. 2023** : الدار البيضاء، في:

**BEN MOUSSA**

**YASSE N**

**VERRES POUR LA VISION DE LOIN :  
+ MONTURE**

Oeil Droit : **+0.25**

Oeil Gauche : **plan**

**ADDITION VISION DE PRES :**

**+ 2**

**M. progressif**

**O'PTICIA**  
Houda MADDAH  
Opticienne Optométriste  
15bis, Rue Abdel Salt Andaloussi  
Casablanca - Tel: 0522 25 55 55  
INPE: 095021853

**Dr. Mourad EL FADIL**  
Ophtalmologiste  
76, Bd la Grande Ceinture Residence  
EL Khair Apt. 112 - Etage 1 - H.M. Casa  
Tel.: 05 22 61 24 52 - INPE: 109714077

إقامة الخير 76، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدي - الدار البيضاء - (بجانب قسارية عزيزة)  
Résidence El Khair - 76, Bd la Grande Ceinture 1<sup>er</sup> Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél.: 05 22 61 24 52 - (à côté du Kissariat Aziza)



**Mr BENMOUSSA YASSER**

Casablanca, 19/12/2023

Facture n°2023/12/18

Désignation	Qté	PU TTC	TOTAL TTC
Monture :	1	2400.00	2400.00
Verre : Progressif PRESIO W 12 fort indice 1.6 photobrun transition antireflets importation NIKON  OD : +0.25 OG : plan ADD : +2.00	2	2900.00	5800.00
		Montant	1366.66DH
		TVA(20%)	
		TOTAL TTC	8200.00DH

**O'PTICIA**  
Houda MADDAL  
Opticienne Optométriste  
15bis, Rue Abou Salt Andaloussi  
Casablanca - Tel: 0522 25 55 55  
INPE: 095021853

15 bis, rue Abou Salt Andaloussi, Maarif. Tel : 05.22.25.55.55 – 06.61.32.68.23  
RC : 26754 – IF : 26190014 – ICE : 002112932000028 – INPE : 095021853  
Mail : [opticia.maarif@gmail.com](mailto:opticia.maarif@gmail.com)