

## 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° W19-423257

MD: 33134

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10232 Société : RAT  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUNTASSAR SALAH  
 Date de naissance : 12/01/1963  
 Adresse : HAY EL HATRA 2 RUE 31112 N° 13 AIN CHOK CASA  
 Tél. : 0661256389 Total des frais engagés : 3050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 JUL. 2020  
 Nom et prénom du malade : MOUNTASSAR SALAH Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 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 : 13/07/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

| 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                      |
| 13 JUL. 2020                   | 4                 |                       | 500A                            | INF : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">INPE</span><br>091165993 |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

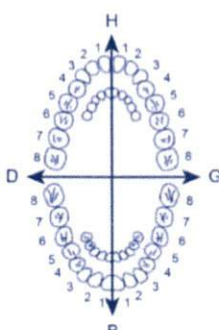
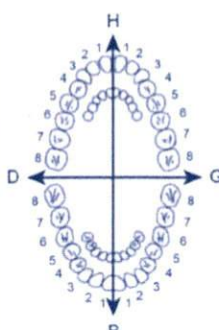
| AUXILIAIRES MEDICAUX                                                               |                   |        |     |     |     |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien                                                | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                                                                    |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|  | 24/02/2020        |        | 1   |     |     | 2800,-                             |
|                                                                                    |                   |        |     |     |     |                                    |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                              |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412 21433552<br/>           00000000 00000000<br/> <b>D</b> ————— <b>G</b><br/>           00000000 00000000<br/>           35533411 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet  
Ophtalmologie

د. هند خربوش جندى

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواف فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللاز

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

Casablanca le : 13 juillet 2020

Attestation Médical

Je soussigné DR JOUNDY, ophtalmologiste certifié que Enf.  
Riham MOUNTASSAR présente un vice de réfraction évolutif nécessitant  
un changement de correction optique et une surveillance régulière .

Certificat fait à la demande de l'intéressé (e) gratuitement pour servir et  
valoir ce que de droit.

Dr. Hind Kharbouch Joundy  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars El Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. Y, N°1  
Tél: 0522 52 10 61

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة I ، الرقم 1، عين الشق - الدار البيضاء

Angle Bd, 2 Mars & Bd Al Qods, Residence Al Majd Imm I - N°1, Ain Chock - Casablanca

INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 52 10 61 - E-mail : dr\_kharbouch@hotmail.com

# AL HORRIA OP

Aln Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



## بصريات الحرية

عين الشق, شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

N° 006122

Docteur : HINDO - KHARBOUCH

Mr. : MOUNTASSAR - R. HAM

Nomenclature : 410 - 410

Montures : VL optique 600 -  
VP

Type de verres : 1.67  
Am. nus.

### \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 125 - Cyl : 0.25 - Sph : 5.75 1100 -

OG : Axe : 99 - Cyl : 0.25 - Sph : 5.75 1100 -

### \* VISION DE PRES :

OD : Axe : - Cyl : - Sph : -

OG : Axe : - Cyl : - Sph : -

Add : -

= 2800,00

Total : deux mille huit cents 00

Date : 14 / 07 / 2020