

## 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° W19-420475

MD-24277

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5404 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Détaché

Nom & Prénom : MEIBAR SARINA EP TAZI

Date de naissance :

Adresse : 38 Rue des Asphodèles Casablanca

Tél. : 06 61 456 468 Total des frais engagés : 321,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Ouass Bencheikh  
Ophtalmologiste  
Rég. du Palais Bd Ghandi  
Tél./Fax 022 36 37 08  
Urgence 062 56 19 36

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3-3-2020

Nom et prénom du malade : TAZI Taouad Age :

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

Nature de la maladie : Glaucome chronique

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 03 Mars 2020

Signature de l'adhérent : ACCUEIL 103-1-2020

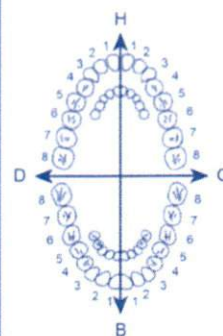
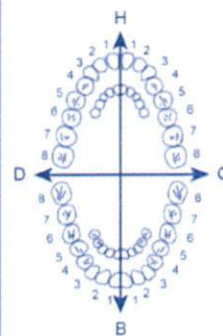


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3-3-90	CS+FO	350	11	INP : 511003150

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-3-2	421,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
																		
CCEFFICIENT 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
CCEFFICIENT 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																



Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 157DH00

ae BENCH  
la faculté de  
Casablanca

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 157DH00



Maladies et Chirurgie de

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

Flacon  
de 2.5 ml

بنشقر  
م العالي بكلية  
البيضاء  
وجراحة العيون  
سبكة

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon

تخطيط أوعية الشبكة - الابرز  
عدسات الإنصال

Casablanca , le 3 3 20 في الدار البيضاء

Tazi Jaouad

471 —



157.000

3 Mars

Xabakou Gelly

Agte le soc

AMRIT OUALID  
Modr. Tél 022 83 35 46  
Pharmacie Bachkou

Professeur Oualide Bencheikroun  
Ophtalmologiste  
Rés du Palais Bd Ghandi  
Tél/Fax 022 36 37 08  
Urgence 062 55 19 36