

## 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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-520360

N° 24364

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8382

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUTABIT Hassan

Date de naissance : 15-6-69

Adresse : 4101 Wt C

Tél. : 066777794

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 FEV 2020

Nom et prénom du malade : ABOUTABIT SALMA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vis de réfraction

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 / 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
15 FEB 2011	5 (oph)		250 DH	INP : 0910483819

Docteur Bauchra KARI  
OPHTH. MOUSSE  
Boulevard des Farhaine 13  
N° 5 Sidi Othmane  
Tél: 0522 59 89 23

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



15/2/11

226,00

INP : 06691070

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Partenaire Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

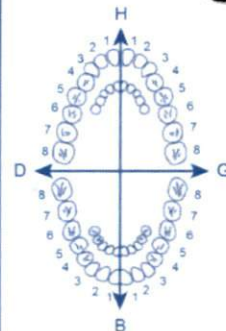
EUR OPHTH  
Bd, 10 Mars Sidi Othmane  
Tél: 05 22 59 70 31

29.02.11

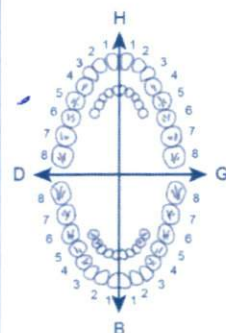
EUR OPHTH  
Bd, 10 Mars Sidi Othmane  
Tél: 05 22 59 70 31

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H			
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. Bouchra KARI**

**OPHTALMOLOGISTE**

- Membre de la Société Française d'ophtalmologie
- Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août
- Médecin Agréée pour Permis de Conduire



**الدكتورة بوشري كاري**

**اختصاصية في أمراض وبرامد العيون**

- عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

Casablanca, le : \_\_\_\_\_ في: الدار البيضاء

**15 février 2020**

**Mlle ABOU TABIT Salma**

**1/ CORRECTOL: COLLYRE**

LEVOPHTA 0.05%  
Collyre 5ml

LOT: H4890  
FAB: 07-2019  
EXP: 06-2021

ZENITH PHARMA  
PPV: 75.00 DHS  
AMM N°41 DMP/21/NRQ

**2/ LEVOPHTA COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour  
(agiter avant application), pendant 1 Mois

**3/ HYFRESH**

1 goutte 3 fois et à la demande, pendant 1 Mois

**241، شارع محمد بوزيان إقامة فريحتين 13 الطابق الثاني رقم 5 حي السلامة 3 - الدار البيضاء**

**241, Bd Med Bouziane Rés Farhatine Imm 13, 2ème Etage, N°5 Hay Essalama 3 - Casa**

**(أمام مقهى اليهودج) Tél.: 05 22 59 89 23**



**Dr. Bouchra KARI**

**OPHTALMOLOGISTE**



**الدكتورة بوشري كاري**

**اختصاصية في أمراض ومبراة العيون**

- Membre de la Société Française d'ophtalmologie
- Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août
- Médecin Agréé pour Permis de Conduire

- عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

Casablanca, le : \_\_\_\_\_: الدار البيضاء، في

**15 février 2020**

**Mlle ABOU TABIT Salma**

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = (- 0.25 à 175°)

OG = Plan (- 0.75 à 160°)

**EUR OPTIQUE**  
Bd, 10 Mars Sidi Ouhmane  
Casa  
Tél.: 05 22 59 70 31

**Dr. Bouchra Kari**  
Ophtalmologiste  
241, Bd Med Bouziane Rés Farhatine Imm 13, 2ème Etage, N°5 Hay Essalama 3 - Casa  
Tél.: 05 22 59 89 23

241، شارع محمد بوزيان إقامة فرحتين 13 الطابق الثاني رقم 5 حي السلامة 3 - الدار البيضاء

241, Bd Med Bouziane Rés Farhatine Imm 13, 2ème Etage, N°5 Hay Essalama 3 - Casa

(أمام مقهى الهودج) Tél.: 05 22 59 89 23

# EURO OPTIQUE

Bd, 10 Mars N°66 Sidi Othmane Casablanca Tél.: 05 22 59 70 31

E-mail: Eurooptique@hotmail.com

PATENTE : 37203164

Facture N° : 0004746

Casablanca, Le 29.12.2020

M Abou TABIT SALMA

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La	O.D. 407	O.D. —	O.D. —
prescription du	O.G. 407	O.G. —	O.G. —
Docteur			

FOURNITURES:

MONTURES:

VERRES:

O.D. —

Vision de Loin

O.G. —

O.D. —

Vision de Près

O.G. —

EURO OPTIQUE  
Bd, 10 Mars Sidi Othmane  
Casa  
Tél.: 05 22 59 70 31

TOTAL

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Abou Tabit  
Helle sin cent de