

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

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° P19- 0045000

ND. 31459

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : -

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MR IBRAHIMI Mohamed

Date de naissance : 06-07-1944

Adresse : 47 Mustapha EL MANEALOUTI CASAB

Tél. : 0661241340

Total des frais engagés : 394,10

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mouhssine B'KHISSE  
Ophtalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 43 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA

Date de consultation : 0207 N° 107 E 2

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI MOHAMED

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 : CASAB

Le : 17/1/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

2

250,000 HS

400, Bd. Brahim Roudani, 2  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522  
CASA BLANCA

[illegible]

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

PHARMACIE ROUDANI  
Mme. LEBBAR Khodja Ep M  
6, Bd Brahim Roudani Vers Miy  
Maarif - Casablanca  
22 27 23 86 / 05 22 27 23 86

3/06/20

4410

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

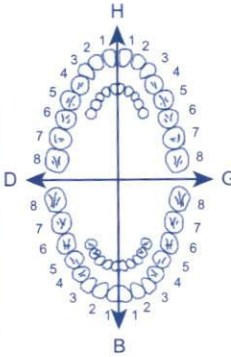
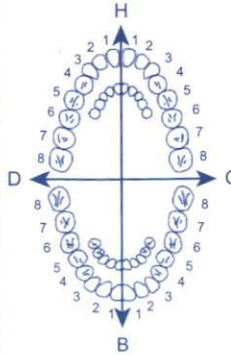
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														

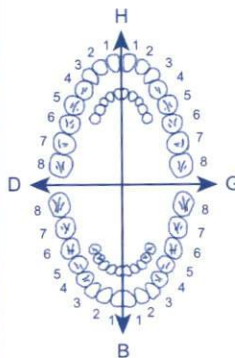
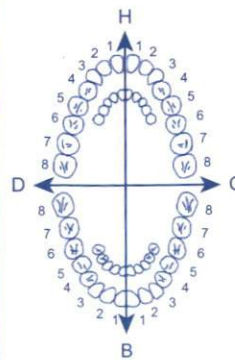
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
						MONTANTS DES SOINS											
							DEBUT D'EXECUTION										
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;">H</div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="width: 50%;">25533412</td><td style="width: 50%;">21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D ————— G</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr></table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D ————— G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SYNTHEMEDI

22-24 Rue Zoubeir ibnpu  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

ine D'KHISSY

omologiste

ant au CHU Ibn Rochd

Association de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 23/06/2020

Dr Ibrahim Roudani

1) Alphonse coll x103  
14/10/20

2) Xole coll x103  
14/10/20

3) Gaufert coll x13  
14/10/20

4) VisMed coll - x103  
14/10/20

صيدلية الروداني  
PHARMACIE ROUDANI  
Mme Ibrahim Roudani Vers Mly Youssef  
26, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophtalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88  
0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 : الهاتف - الدار البيضاء - الروداني - شارع ابراهيم