

# 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.

## Diagnostique 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- 052247

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 49 15 Société : M19 - 32186

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELZAKHOJY Yamimo

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 67 733 87

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	W18-398393	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-398393

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 4915
Nom & Prénom		ELZAKHRAJY Yamina
Fonction : .....	Phones	066773387
Mail		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		ELZAKHRAJY YAMINA
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 74
Nature de la maladie		Date	18.02.2020
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Vice de réfraction			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
E		—	250,00

<b>PHARMACIE</b>	Date	10/03/2020
Montant de la facture	171,00	
500,00 = PH		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

DR EL ALAOUI Bahija  
OPTALMOLOGUE  
105, Bd. Afghanistan  
Hay Hassan, Casablanca  
Tél. 05 22 93 32 66

ENTRE OPTIC OPTOMETRIST  
S.A.R.L. de 1000  
69, Bd de Paris  
Casablanca  
Pharmacie des GENERATIONS  
20, Bd de la commune  
53, Rue Jaber Ibn Hayyan  
Sidi Belvent Bd d'Arta Casablanca  
Tél: 0522.20.73.33 / 0521.26.50.32



Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Montpellier (France)  
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie  
Laser - OCT - Strabisme - Lentilles de Contact  
Medecin agréée :  
Permis de conduire



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)  
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أشعة لازير  
طبيبة معتمدة :  
رخصة السياقة

Casablanca, le:

18.2.2020 في الدار البيضاء

9 EZZAKHRATY. YAMINA

Anli ngl

27: n entre

22: (90° - 25) + 0,25

ENTREPRISE OPTOMETRISTE  
SARL BAU  
69, Bd de Paris  
Casablanca

Dr. EL ALAOUI Bahija  
OPTICHIENNE  
105, Bd Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel.: 05 22 93 32 66

PPC : 147.00 DH

THÉALOGUE

147. - 8 X X 11  
- Cila 51

34. - 8 X X 11

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

OPHTALMOLOGUE  
TIR EL AAOUI Bahia  
106 Bd. d'Alger  
Hay Hassan 103 22 93 32 66  
Casablanca

181.22

PHARMACIE DES GENERATIONS  
Abdelmajid EL ALLOUK  
Docteur en Pharmacie  
53, Rue Jaber Ibn Hayane  
Sidi Bouyouth Bd d'Anfa  
Casablanca - Tél. 05 22 22 22

# Centre Optic Optometriste

ICE 001530868000010

69, Bd de Paris  
20100 Casablanca  
Tél: 0522222210  
Fax: 0522261850

FINESS : INPE 095005740

FACTURE COMPL. N° : F20/0631

Date : 10/03/2020

N°PEC :

## BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **EZZAKHRAJY YAMINA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

## Prescrit par :

Docteur : *El Alaoui Ben Hadram*  
Finess :  
En date du : *18/02/2020 Boelisc*

## Corrections :

VL D. Sph: 00

VL G. Sph: +0.25 Cyl: -2.00 Axe: 90°

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
Verre org selon prescription medicale	250.00	2203240	2.29	1.37		250.00
Verre org selon prescription medicale	250.00	2259966	3.66	2.20		250.00
TVA (20%) (DH)	79.84					
TOTAL TTC (DH)	500.00		5.95	3.57		500.00
NET A PAYER par l'assuré (DH)	500.00					

Mentions légales

ENTRE OPTIC OPTOMETRISTE

S.A.R.L. AU

69, Bd de Paris  
Casablanca

Facture acquittée