

## 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° W19-562488

C.A

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

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) :

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
15/08/2020			25000	INP : 091029736

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<p>DR. A. EL DAHABI</p> <p>Av. Hassan II - Swak Assalam</p> <p>Alger - Tél. 05 23 31 11 11</p>	185.60

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	
<p>HAOUFI OPTIQUE</p> <p>Opticien - Optométriste</p> <p>125 Rue 87 Hakam 2 Casablanca</p> <p>Tél. 05 22 85 37</p>	15/08/2020					15000

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
				MONTANTS DES SOINS [ ]																
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																
				FIN D'EXECUTION [ ]																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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





Fabriqué par  
ALCON JISI S.A

د. الطريطقي نادية  
إختصاصية في طب و جراحة العي  
للكبار و الصغار  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية بمستشفى 20 غشت سابقا

Mohammedia, Le :  
15 août 2020

Mme TOUILI Damia

22.60



1/ FLUCON. COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 8 jours

74.00



2/ ANGIO DROP COLLYRE

1 goutte 4 fois / jour, les deux yeux, 8 jours



89.00

3/ VISIONLUX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

صيدلية أسواق السلام  
Pharmacie ASWAK ASSALAM  
Dr. A. EL DAHARI  
Hassan el Aswak Assalam N° 4  
Mohammedia - Tél 05 23 32 22 12

T. 185.60

Dr. TRITIKI Nade  
Ophtalmologiste  
67.Bd. Abdelkrim al Khattabi  
2ème étage  
Tél.: 05 13 32 22 12

☎ : 05 23 32 22 12 / 📍 : 67, boulevard Abdelkrim al khattabi,  
Hay laayoune 2<sup>ème</sup> étage appt n° 4 (au-dessus BIM), El alla - Mohammedia  
67 شارع عبد الكريم الخطابي، حي العيون، الشقة رقم 4 (فوق بيم) العالية - المحمدية

## Dr TRITKI Nadia

Spécialiste des maladies et chirurgie  
des yeux des adultes & enfants

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancienne interne de l'hôpital 20 Août



## د. الطريطقي نادية

إختصاصية في طب و جراحة العيون  
للکبار و الصغار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية بمستشفى 20 غشت سابقا

Mohammedia, Le :  
15 août 2020

## Mme TOUILI Damia

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

OD = Plan (- 0.25 à 60°)

OG = Plan

VP :

ODG = Add : + 2.25

**Dr. TRITKI Nadia**  
Ophtalmologiste  
67, Bd. Abdelkrim el Khattabi, Hay Laayoune  
2ème étage - El alla - Mohammedia  
Tel. : 05 23 32 22 12

**CHAOUH OPTIQUE**  
Opticien - Optométriste  
125 Rue 87 Hakam 2 casablanca  
Tel. : 05 22 85 27 27

# CHAOUFI OPTIQUE

2125 Rue 87 Hakam 2 - Casablanca

Tél : 05 22 85 37 24

أشعوفي أوبتيك

2125 زنقة 87 حكم 2 - البيضاء

الهاتف : 05 22 85 37 24

Facture N° 001645-Optométriste  
Casablanca, le : 15-08-2020  
M: Touilz Damia Droit

N° de Nomonclature :

Docteur : TRIKIKI

Monture : PICAL opti / 2000 DIA

Verres : PICAL 0.00 DIA

on (0.25 x 60) p 5  
0.00 DIA  
p 2.25

Total....

2500 DIA  
4500 DIA

Arrêtée la Présente Facture a la somme de :

Chaque N° de facture est M.D