

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

### Pathologie 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.

### Éducation :

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-584216

48300

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8737		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : BEN CHEIKH MALIKA	
Nom & Prénom : BEN CHEIKH MALIKA		Date de naissance : 19 - 03 - 68	
Adresse : Dourar SHIB, TAHSLOUH, MARRAKECH			
Tél. : 0661349746		Total des frais engagés : 3800,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>DR CHAKIB MARRAKCHI</b>            OPHTALMOLOGISTE            Maladies et Chirurgie des yeux            3700 424200000 et 0522 877777         </div>			
Date de consultation : 13/10/2020			
Nom et prénom du malade : Ben CHEIKH Malika Age: 52 ans			
Lien de parenté : Lui-même			
Nature de la maladie : Insécurité			
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 : 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE 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
13/10/2020 C.s.			300.000	INP : 081097774 Dr CHAKIB MARRAKCHI OPHTALMOLOGISTE Maladies et Chirurgie des yeux 22, bd Zerktouni Casablanca 0522.47.51.60

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KERATOPTIQUE 303, Boulevard Ziraoui Casablanca Tel: 0522.49.27.39 - Fax: 0522.49.27.40	4/11/20	9500,00 Dhs

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

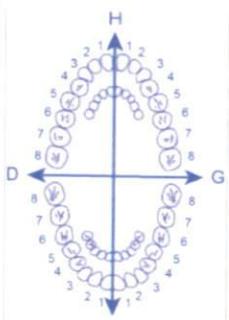
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

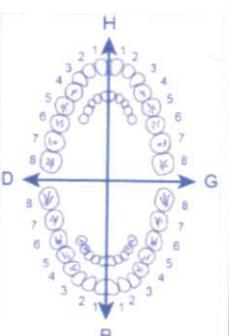
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Marrakchi Chakib  
Ophtalmologiste

الدكتور شاكيب المراكشي  
اختصاصي

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplomé de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Laser - Angiographie - Lentilles de contact  
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

في أمراض وجراحة العينين  
خريج كلية الطب بثلوز فرنسا

CASABLANCA, le 3 OCT 2020

BEN CHEIKH AÏCHA

1 Ornitine + 5. Acétate

Antiph - fette Bleu g + AR

V. laur

OD =  $(125^\circ + 0,25) + 0,25$

0G =  $(95^\circ + 0,25) 2 \text{ laur}$

V. R = Ad + 2,25

KERATOPIQUE  
303 Boulevard Zerktouni  
Casablanca

Tel: 0522.49.77.320, Boulevard ZERKTOUNI. 1er ET. CASABLANCA

TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60

DR CHAKIB MARRAKCHI  
OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et chirurgie des yeux  
320, bd Zerktouni, Casablanca  
Tél : 05.22.47.57.60

- Corrected 1fl-

1jte x3/j -> tout le fl

DR CHAKIB MARRAKCHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux  
310, bd Zerktouni Casablanca  
0522.22.50.00 0522.21.11.11

**KERATOPIQUE**  
OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40  
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745  
CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077  
INPE : 0095001855

**FACTURE N° 0010240**

Mme : BENCHERIF KH. Nalika 4/11/20

Vision de loin	Vision de près
OD:Cyl ..... OG:Cyl ..... Sph ..... Sph .....	OD:Cyl ..... OG:Cyl ..... Sph ..... Sph .....

**Double Foyer**

OD:Cyl ..... +0,25 ..... Sph ..... +0,25 ..... ADD ..... +2,25 .....  
OG:Cyl ..... +0,25 ..... Sph ..... pl ..... ADD ..... +2,25 .....

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE Monture optique Nalon	1.500,00
2	VERRE verre progressif d'aligne 4.000,00 + T.A. Reflex Tradition Nikon	
2 <sup>e</sup> paire 2	verre progressif d'aligne + T.A. Reflex Tradition Nikon	4.000,00

Montant en Lettres : Neuf mille cinq cent cinquante et un dirhams  
et 70 centimes

**TOTAL**

9.500,00

Cachet, Signature

**KERATOPIQUE**  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca  
Tél: 0522.49.27.39 - Fax: 0522.49.27.40

**PANE** chq - BICE  
EFC 243737/186