

## 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 canalaire, 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 canalaire.

#### 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

ND: 544/7

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004545

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8778 Société : Ram  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENADADA ANASS Date de naissance : 10-02-67  
Adresse : Bd AL GOS N°595 lot ouled TALEB Ainc Hock Casa  
Tél. : 0661404721 Total des frais engagés : 2745,00 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

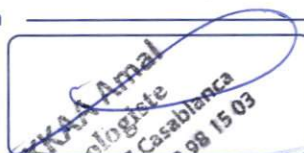
Date de consultation : 12/01/2021  
Nom et prénom du malade : Benadada Anass Age : 53 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

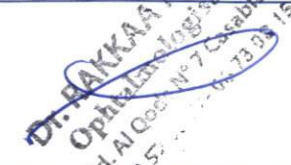
Fait à : Casa Le : 10/01/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*






# 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
12/09/20	CS		3012	


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12-09-20	145.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

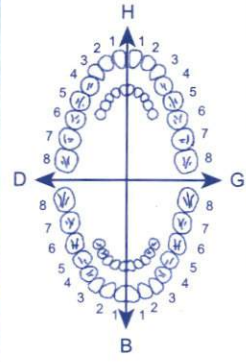
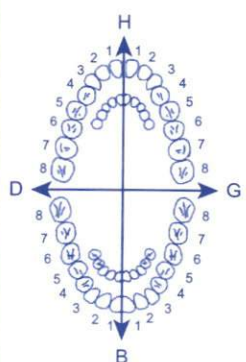
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	09/09/20					2300

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>D</td> <td>G</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> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amal RAKKAA

Ophthalmologiste



الدكتورة أمال راكم

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج

فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le

12-09-2022

Benadada Amass

8778

Lu 18 x 11

OD = + 1,25 (-1,25 0 90°)

OG = + 1,25 (-1,75 270°)

ash

ov = + 2.

VISUEL OPTICIENS

SARL AU  
784, Lotissement Mandarona  
Bd El Qods Ain Chok Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 52 10 04

Dr. RAKKAA Amal  
Ophtalmologiste  
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca  
Tél : 06 73 98 15 03 / 05 22 52 52

شارع القدس - جزيرة السكن الأنيق - إقامة الصفاة عمارة 405 الطابق الأول الرقم 7 - الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Alanik «Résidence ASSAFA» Immeuble 405, 1er étage N° 7 - Casablanca  
الهاتف : 06 73 98 15 03 / 05 22 52 66 77

12-09-2020

Benabato Anon

145.00

Aguillon off on <sup>SL</sup>

C x 4/5 = 03 f



PHARMACIE ACHIR  
101, Bd El Qods, Lot Mandarona  
Rde 14 Inara 1 Ain Chack Casa  
Tel: 05 22 52 82 58



Dr. RAKKAA Amal  
Ophtalmologiste  
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca  
Tél: 05 22 52 82 58 - 06 73 98 15 03



**VISUEL****OPTICIENS**

FACTURE N° : 756/2020

LE 09/10/2020

Client MR BENADADA ANASS

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
<u>ŒIL DROIT</u>	+1.25	-1.25	90	+2.00
<u>ŒIL GAUCHE</u>	+1.25	-1.75	70	+2.00

Vision de loin :Vision de près :Monture : OPTIQUEMonture :Verre : ORGANIQUE AMINCIS ANTIREFLETVerre :

PROGRESSIFS BLEU

Montant de vision de loin :

ŒIL DROIT	800
ŒIL GAUCHE	800
MONTURE	700

Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

**PRIX T.T.C : 2300DH****T.V.A : 383.34DH**

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Aïn Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 58 10 04  
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 813254

**ICE : 000229849000040**