

# 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.

## **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.

## **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 caractére 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**

Nº M20- 0000728

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 8201

Société : 51806

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : cheRRADA AZIZ

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 :

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) :

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº M20-00728

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

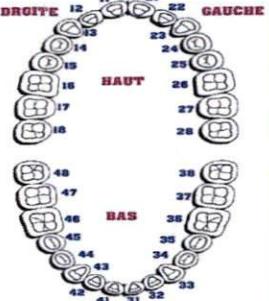
Date de dépôt : .....

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
					
HAUT					
BAS					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H		
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G	
	35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

MUPRAS		W18-393076	DATE DE DEPOT	
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc			..... / ..... / 201...	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8201		
Nom & Prénom		CHERRADI AZIZ		
Fonction :		Rep	Phones .....	
Mail		acherradi6.royalairmaroc.com		
MEDICIN		Prénom du patient	CHERKAPY AZIZ	
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent		Conjoint	Enfant	Age .....
Nature de la maladie		Date 28/11/2020		
		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui		Dr. MRAD DALI Ahmed Imad mm. Liberte du maladie 1032311942		
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Cooph			300	
PHARMACIE		Date 30/11/2020		
Montant de la facture		SCIENCE VUE Opticien de TATAKEX Poudre CASABLANCA	6000 Dir	
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date 07 JAN 2021		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 07 JAN 2021		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Mrad Dali Ahmed I.*

**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض وجراحة العين

خريج كلية الطب بباريس

Monsieur CHERRADI AZIZ

Prescription d'une paire de LUNETTES :

VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLET  
MULTICOUCHES

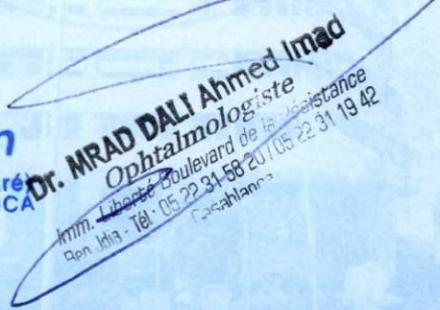
Oeil Droit : (-0,75) à 170° , Addition + 2,50

Oeil Gauche : +0,50 (-0,50) à 15° , Addition + 2,50

+ monture

**EXIGEZ VOTRE CERTIFICAT D'AUTHENTICITE**  
**Garder des copies de vos ordonnances.**

SCIENCE  
**VUE Opticien**  
50 Rue de TATA (Ex Poincaré)  
Tél 27 12.21 - CASABLANCA





Lunette de Vue et Solaires  
Lentilles de Contact



0003268

Casablanca, le 30.11.2020

M : E. CHERRADI AZIZ Doit

N° de nomenclature correspondant	Vision de Loin O.D. O.G.	Vision de Pres O.D. O.G.	Double Foyer O.D. 431 O.G. 431	Docteur Dr MOURAD DALI
----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

Qté	FOURNITURES	Prix	Montant
1	Montures :		1900-
2	Verres : progressifs diagoniques d68 mm A mincils Anti reflets		4.100-
	SCIENCE VUE Opticien 50 Rue de Tata (Ex Poincaré) Tel. 27 12 21 CASABLANCA		
	TOTAL		6.000-

La présente facture est arrêtée à la somme de :

Six Mille DHS -

50.Rue de Tata (ex. rue Poincaré) - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 27 12 21  
R.C : Casa 183294 - Patente N°33201677  
ICE : 001627142000018

50 زنقة طاطا سابقا زنقة بوانكاريه - الدار البيضاء  
الهاتف-fax: 05.22.27.12.21  
السجل التجاري البيضا: 183294 - الضريبي: 33201677  
رقم التعرف المورود: 001627142000018