

## 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° W21-724043

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5037 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELFADLA ABDERRAHIM

Date de naissance : 03 02 1960

Adresse : 240. 8101 BOUZIN ELADIDA

Tél. : 066165395

Total des frais engagés : 1400,- Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Ahmadou EL BOUYERMANT

Cachet du médecin : OPHTALMOLOGISTE

Av. Mohamed VI Apt. N°4 - El Jadida

Tél : 05 23 35 13 08

Date de consultation : 15 AOÛT 2022

Nom et prénom du malade : BELFADLA SONHAÏL Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : N° 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 : ELADIDA Le : 18/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET

Autorisation CNPP N° A-4-215/2019



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
15/01/2022	C2	1	2000DH	INP : 1111049110
				Dr. EL BOUYERMAM AHMADOU
				OPHTALMOLOGISTE
				6 Av. Mohamed VI, Agdal
				Tél : 0523 35 13 08 - El Jnan Ha

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
NAKAL OPTIC Opticien Optométriste 3/4 imm. 18 Av. Yacoub El Mansour Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 24 25 08	18/06/2022					21500DH

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 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	

## Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI

SPECIALISTE DES MALADIES ET  
CHIRURGIE DES YEUX

MICROCHIRURGIE - PHACOEMULSIFICATION  
PAUPIERE- VOIE LACRYMALE

ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE  
LASER-ARGON

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE NICE (FRANCE)

EX. ATTACHE DES HOPITAUX DE NICE

## الدكتور أحمدو البويرماني

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جلالة مافوق الصوتية

ليزر - تصوير أوعية الشبكة

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات (نيس)

15/08/2022

El Jadida, le : .....

BELFADLA Souhail

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :  
DE LOIN ANTIREFLET

Oeil Droit : -4,25

Oeil Gauche : -3,00

**NAKHIL OPTIC**  
Opticien Optométriste

3/4 imm. 18 Av. Yacoub El Mansour  
Guéltz - Marrakech - Tél : 05 24 44 76 08

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI  
OPHTALMOLOGISTE

6 Av. Mohammed VI Appt. N°4 - El Jadida

Tél : 05 23 35 13 08

INPE : 111049110 - ICE : 001665655000007 - CNSS : 63905847

6, AVENUE MOHAMMED VI, APPT N°4 - EL JADIDA

Tél. : 05 23 35 13 08



# NAKHIL OPTIC

Issam NASSIB

Opticien Optométriste

4/5 Imm. 18 Av. Yacoub El Mansour

Guéliz - Marrakech

Tél / Fax : 05 24 44 76 08

Gsm : 06 63 72 21 64



بصريات النخيل

عصام نصيب

بصري

5/4، عمارة شارع يعقوب المنصور

جليز-مراكش

الهاتف / الفاكس : 05.24.44.76.08

الهاتف المحمول : 06.63.72.21.64

## FACTURE

N° 000572

Marrakech, le

18/08/2022

M BELFAOULA Souhair

السيد

Quantité	Désignation	P.U.	Total
Une	Monture		5000DH
Deux	verres incassable antireflet à 65%		
	OD. - 4.25		
	OG. - 3.00		10000DH
Mille cinq cent		Total	15000DH
d/2			
NAKHIL OPTIC Opticien Optométriste 3/4 Imm. 18 Av. Yacoub El Mansour Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 44 76 08			