

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

N° W21-764119

139021

Maladie       Dentaire       Optique       A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 8322      Société : RAD

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : AOUNZOU Jamel

Date de naissance : 15/12/65

Adresse : V97 Domaine de Darb  
Dar Bouazza Casablanca

Tél : 066040001      Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **NASROUNI Rihab**  
Ophthalmologiste  
Littoral 2 N° 19 2ème Etage  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél: 05 22 29 20 43

Cachet du médecin

Date de consultation : 23/07/22

Nom et prénom du malade : AOUNZOU RIM      Age: 16a

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'air médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CHARR      Le : 23/07/22

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
23/09/88	CS		3000.18	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

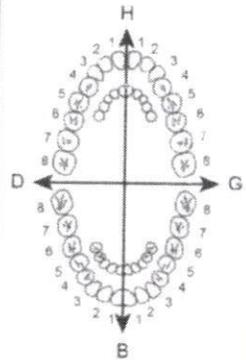
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

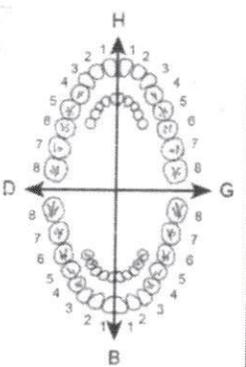
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/11/88					# 3000.18

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**C.D.F. PROTHESES DENTAIRES**




COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

Dr. Rihab NASROUNI  
Ophtalmologiste  
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au  
CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté  
de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté  
de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني  
طب وجراحة العيون  
صغار وكبار

- طبيبة داخلية سابقا بالمركز  
الإستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة  
بكلية الطب بالرباط

23 septembre 2022

**Mlle AOUNZOU Rim**

Monture + verres correcteurs

OD = - 2.00 (- 0.25 à 49°)

OG = - 2.00 (- 0.25 à 67°)

COUVERTURE ANTIBESSARI  
COUVERTURE ANTIBESSARI  
L'Optique Sahel 1 28 58  
Dar Bouazza - Casablanca

Tel: 05 22 29 26 43  
Dar Bouazza - Casablanca  
Littoral 2 N° 19 2ème Etage  
Ophtalmologie  
Dr. NASROUNI Rihab

*(Handwritten signature in blue ink)*

الساحل 2 . رقم 19. الطابق الثاني. دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com



# COMPTOIR LUNETTES

## Opticien

### FACTURE

Lotissement Sahel 1 N°54 Dar Bouazza - Casablanca  
Gsm : 06 14 36 79 48

N° 103230

RC : 511379- Patente : 32964377

ICE : 002855264000092

IF : 50394024 - CNSS : 2722152

Date: 25/11/2022

Monsieur (Mme): AOU ROUH Rim

Monture: Optique Adap.

Verres: Organique antireflet

VL:

OD: -2.00 (-0.25 à 4.9) Adap.

OG: -2.00 (-0.25 à 0.7) Adap.

VP:

OD:

OG:

Total: 3200,-

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Trois mille deux cent Dirhams