

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-781506

246042

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3019 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KADIRI OTTHANI ABDURRAHMANE  
 Date de naissance : 21/10/1977  
 Adresse : 7 HENRY MONROU CASABLANCA  
 Tél. : 0668197795 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : J. EL AOUMARI Kamal  
 Chirurgien Ophtalmologiste  
 14 Bd. Pasteur - 1° étage n° 3  
 Date de consultation : 11/01/2023  
 Nom et prénom du malade : KADIRI OTTHANI NES Age : 18  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : vice de refraction  
 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 : Tanger Le : 11/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

0522204545



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
22/3			300DH	INP: 161166111 Dr. EL AOUMARI Kamal Chirurgien Ophtalmologiste 14, Bd. Pasteur - 1 <sup>er</sup> étage n° 3 51: 85 24 33 20 97. 97 10000

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	
M-A-D Optic Opticien Optométriste 63 Rue Rouibane Casa	24/12/23					2500e

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 canalaires, 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																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**Dr. Kamal El AOUMARI**

**Spécialiste en Ophtalmologie**

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Tunis  
Ancien Médecin de l'Hôpital des spécialités - Rabat



**الدكتور كمال العمري**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بتونس  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

**11 janvier 2023**

Tanger le ..... طنجة في .....

**ORDONNANCE**

**Mlle KADIRI OTTMANI Ines**

Monture + verres correcteurs  
vision du loin organiques anti-reflets Filtre anti-lumière bleue

OD = - 2.00 (- 1.00 à 160°)

OG = - 1.25 (- 0.50 à 5°)

**Dr. EL AOUMARI Kamal**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
14, Bd. Pasteur - 1<sup>er</sup> étage n°3  
Tél 0539 33 20 97 - TANGER

**M-A-B Optic**  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibate Casa







OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

*Un autre regard sur vos yeux*

FACTURE N° :

N° 704303

Casablanca, le: 14/07/23

Mme / Mr : KADIRI OTIMANI IVES

Dr: KAMAL EL AOUAMARI

VL

VP-Add

OD : -2 (-1 à 160)

OD : .....

OG : -1,25 (-0,50 à 5)

OG : .....

Monture

Verres

Plat au

Gynerque R

1000,00 DH

1500,00 DH

Total à payer: 2500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Akram Daali

Inpe : 065032633

M-A-D Optic

Opticien Optométriste

63 Rue Rguibat Cas

Cachet et signature

Adresse: 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale 100.000 - Patente: 35402703 - IF: 47232711 - RC: 6123

ICE: 002642590000069