

## 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 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

- 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° M21- 0006640

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2150 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : TOUHAMi Faiza  
Date de naissance :  
Adresse : Res Indeloussie Tr 13 CASA  
Tél. : 0661321669 Total des frais engagés : 300,00 + 149,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2023  
Nom et prénom du malade : EL FILAL FAIZA Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection  
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 : 10/03/23  
Signature de l'adhérent(e) : case



# 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
10/03/2023	S		3000DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/23	1499.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

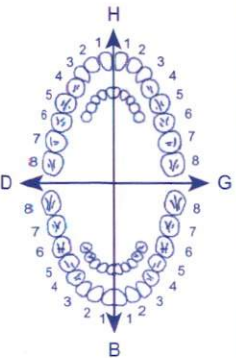
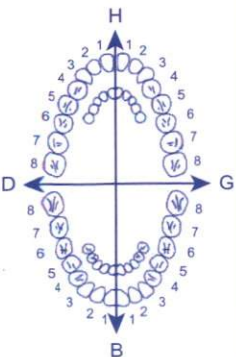
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
M-A-D. Opticien Optométriste 63 Rue Fouibate Casa Télé : 065032633	20/3/23					4000.00

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

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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(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

**Professeur N. LAOUISSI**

**الأستاذة لعويسي . ن**

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté des Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aero spatiale

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي  
جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le :

10-3-23

**EL FILALI** فوزو

**M-A-D Optic**

Opticien Optométriste

63 Rue rguibate Casa

**M-A-D Optic**

Opticien Optométriste

63 Rue rguibate Casa

la lettre VL prescrite

(90° - 075) - 2x5

(90° - 075) - 3x5



14990 DH

oculaire pour

Age 23 ans

**Dr. LAOUISSI Nadia**  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15





OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

*'Un autre regard sur vos yeux'*

FACTURE N° :

N° 20466

Casablanca, le: 20/3/23

Mme / Mr: ZL Fikali Faiza

Dr: .....

VL

OD : (90° - 2,75) - 2.25

OG : (90° - 2,75) - 3.25

Monture

1000,00 DH

VP-Add

OD : .....

OG : .....

Verres

3000,00 DH

Total à payer: 4000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille  
Zéro DH

Cachet et signature

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue rguibate Casa

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

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

ICE: 002642590000069