

## 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° W21-666440

157462

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13321 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AROUSS ZINEB  
 Date de naissance : 01/02/1989  
 Adresse : Casablanca  
 Tél. : 0660093471 Total des frais engagés : 2700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 09/03/2023  
 Nom et prénom du malade : AROUSS Zineb Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Asthme  
 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 : Casablanca Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CUIDF N° 1. A. 215/2019

[illegible]

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>

[illegible]

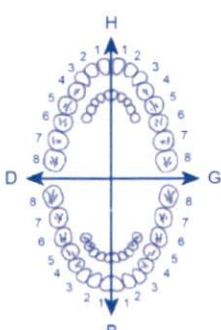
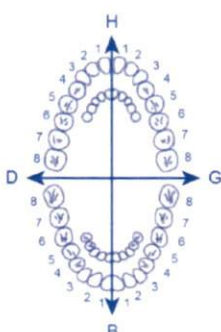
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>K-ONC OPTIC</b> AYAD EL KHAOULA Opticienne Optométriste 102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah Ain Chock Casa -	09/03/2023					24000
<b>AYAD EL KHAOULA</b>						

# 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"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            11433553         </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Nacer TAZI**

**Ophtalmologiste**



**الدكتور نصر التازي**

**طب و جراحة العيون**

*Casablanca, le jeudi 09 mars 2023*

*Madame Zineb AROUSS*

Verres ANTIREFLET et monture :

De loin

Œil droit : (180° -0.50)

Œil gauche : (27° -0.25)

**K-ONO OPTIC**  
AYAD EL KHAOULA  
Opticienne Optométriste  
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah  
Ain Chock Casablanca

*[Signature]*

**DOCTEUR NACER TAZI**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
96 Bd d'Anfa N°31  
Casablanca



INPE:095023958

ICE: 002270067000066

K-ONO OPTIC  
AYAD EL KHAOULA  
Opticienne Optométriste  
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah  
Racture N° 8/1300

Date-le : 09/03/2023

Docteur: NACER TAZI

Mr (e): ZINE B AROUSS

1. Monture : <i>optique</i>	1100,-	
2. Verres : <i>organique anti-reflets</i>	1300,-	
Vision de Loin:		
OD: <i>(180 - 0.50)</i>		
OG: <i>(27 - 0.25)</i>		
Vision de Prés:		
OD: .....		
OG: .....		
ADD : .....		

K-ONO OPTIC

AYAD EL KHAOULA

Opticienne Optométriste

102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah

Ain Chock Casa -

AYAD ELKHAOULA  
Opticienne  
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah  
Ain Chock - Casa  
Tél.: 05 29 95 92 95

Arrêtée la présente Facture à la somme de: 2400,-

*Donnée par le patient est en bon état*  
*(payée en espèces)*

RC:436474 / IF:31900763/ TP:34000981/ ICE : 002270067000066 /

INPE:095023958