

## 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

- 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° W21-807387

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5011 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUKH MY SMIL

Date de naissance : 28-02-1966

Adresse :

Tél. : 06 68 19 46 73 Total des frais engagés : 3250 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E

**OPHTALMOLOGISTE**  
315, Bd El Fida Face Kissriat Manira  
1er Etg Casablanca INPE : 31164939  
Tel : 0522 832 332 0522 831 803

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : ROUAK MOHAMED AMINE AGE 19 ans

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

Nature de la maladie : MALADIE de refraction + myopie

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 : DENOUA Le : 12/07/2023

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
21 JUIN 2023	e	-	250,000	Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E 315 Bd EL MOULOUI 1er Etage Casablanca INPE: 091164939 0522 831 803

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

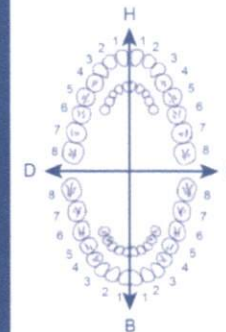
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

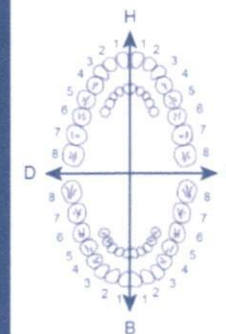
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
M-A-D OTH Opticien Optométriste 63 Rue Piquette Casa AKRAM DAALI Tél: 065032633	24/06/2023					1300,00

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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'EXECUTION

Dr. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E

OPHTALMOLOGISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
LASER ANGIOGRAPHIE

الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د



خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

INPE :   
091164939

Casablanca, le : 21 JUN 2023

N° ROUAK MOHAMED AMINE

Vers Conduites : in casably  
Antiréflats

OD + 0,75 (-0,50 à -1,60)

OS + 0,75 (-0,50 à -2,0)

+ 1 contact

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Agoub e Casa

Dr. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E  
OPHTALMOLOGISTE  
315, Bd. EL Fida Face Kissariat Manjra  
Casablanca INPE: 091164939  
Tél: 0522 832 332 0522 831 803



un autre regard  
sur vos yeux

M A D  
**OPTIC**

OPTICIEN  
LUNETTIER  
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° 003872

Mme / Mr

Dr :

Casablanca, le

VL

VP - Add

OD :

OG :

OD :

OG :

Prix Monture

Prix Verres

DH

DH

Total à payer

DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cachete et signature

Cachete et signature

63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capital : 10,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123  
ICE : 0002642590000069