

## 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° W21-811375

172144

par courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6266** Société : **RAM**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **HIMID RACHID**  
 Date de naissance : **04-03-1958**  
 Adresse : **Rue 15 Nr 12 ERAC INEJANE AGADIR**  
 Tél. : **0653719176** Total des frais engagés : **1400.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur IDRISSEI Moustafa  
Ophtalmologiste  
Hôpital Hassan II - AGADIR

Date de consultation : **24/08/2023**  
 Nom et prénom du malade : **RACHID HIMID** Age : **65**  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **RRFACZ (HIMID)**

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 : **14-8-23** Le : **24/08/23**

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP : 041002791

Docteur IDRISSE MOULALI  
Ophthalmologiste  
Hôpital Hassan II - AGADIR  
INP : 041002791

[illegible]

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

[illegible]

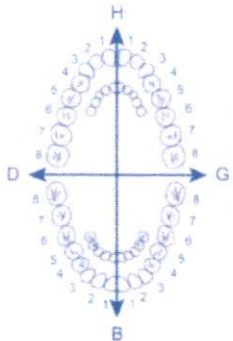
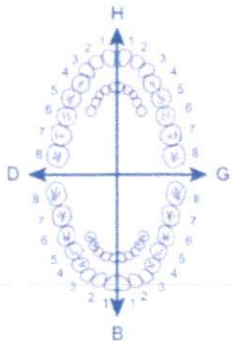
Cachet et signature  
du Partisiers

# 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			
	<div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D                                  G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 16. The piers are arranged in two rows of 8, with the top row numbered 1-8 from left to right and the bottom row numbered 1-8 from right to left. The bridge is supported by a central pier labeled 'H' at the top and a pier labeled 'B' at the bottom. A horizontal line labeled 'D' passes through the center of the bridge.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The bridge is shown in a perspective view.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# OPTIQUE HAKIM

Opticien - Optométrie  
Adaptation Lentilles



ICE : 000311661000097

CODE INPE : 045009115

IF : 18751340

R.C : 13157

PATENTE : 49337112

## FACTURE

N° 1007

Date : 14/8/2023  
Patient : RACHID HAKIM  
Médecin : Dr. ISSI Moustafa  
Paiement : 50000

Type verre	Correction	Cota-tion	Quan-tité	Prix
✓ L + ✓ V	OD : (-0.75) + 0.75		1	100.00
VR O	Add + 2.00			
m PH <sub>2</sub>	OC : (-0.50) + 0.50		1	100.00
AN	Add + 2.00			
Monture			1	400.00
			Total	1,400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :



**ORDONNANCE**  
(RESULTATS DE LA REFRACTION)

*Handwritten mark resembling a stylized 'G' or '6'.*

NOM : .....

PRENOM : .....

*RACHAD  
HIMID*

OD : .....

*800  
(-1.00) + 2.12*

OG : .....

*2.00  
(-2.12) + 2.12*

EP : .....

*2.00  
(-2.12) + 2.12*

*Verkey  
+ 2.12*

Sté HAKIM OPTIQUE sarl  
Opticien Optométrie  
Rue Ksima N° 110 Inezgane  
INP 045009115  
GSM 06 53 93 51 35

AGADIR Le : *+ 2.12*  
*24/08/20*

CACHET et SIGNATURE

**Docteur IDRISSE Moustafa**  
**Ophthalmologiste**  
**Hôpital Hassan II - AGADIR**