

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-802397

195405

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10426

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OTHMANE SANAA

Date de naissance : 18.05.1976

Adresse : Residence les jardins de MIRAJ um 09 dist 05 DJAR EL MAJZEN LISSASFA

Tél : 0663332538

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Raki Hyass  
Ophtalmologiste  
Bureau Lina Ter Engue  
Casablanca 05 68 94

Date de consultation : 25.10.2024

Nom et prénom du malade : SANAA OTHMANE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

caractère optique

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 : 15/10/24

Signature de l'adhérent(e) :

SA

MUPRAS  
15.10.2024  
ACCUSE

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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

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
15/12/24	G	-	30011	Dr. RABAH BOUTEBOU Ophthalmologiste N° 05 23 99 27 09 CASABLA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/24	211,50

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
		A M	P C	I M	I V	
LUNETTES EL HANOU N° 509 Tél : 05 23 99 27 09 CASABLA	25.12.2024					34/00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 RAFIK ILYASS**

**OPHTALMOLOGISTE**

**ADULTES ET ENFANTS**



**د. إلياس الرفيق**

**طب و جراحة العيون**

**للکبار و الصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne du CHU Ibn Rochd

Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ أغسطس

**Casablanca le**

**15 janvier 2024**

**Mme OTHMANE Sanaa**

Monture + verres correcteurs progressifs Champ large Antireflets,  
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 0.50 à 75°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 100°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.00

**LUNETTES EL HANAA**  
Souk El Darj Dahla N°50  
Tel : 05 22 99 27 00  
CASABLANCA

**LOTEMAX collyre**

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours, dans les deux yeux

**HYLO-FRESH collyre**

1 goutte 3 fois par jour et au besoin, dans les deux yeux, pendant 1  
Mois

**Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)**  
عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)

☎ 05.22.10.12.57

☎ 06.63.65.48.04

✉ dr.rafik.ilyass@gmail.com

# LUNETTES EL HANAA

# نظارات الهناء

Souk Ennajd Derb Ghallef

N° 509

Patente : 34717241

سوق النجد درب غلف

الرقم 509

البانت - 34717241

DATE : 25.01.2024

N° 015860

NOM : OTHMANE

PRENOM : SANAA

- DOCTEUR : RAFIK ICYASS

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE 75° CYL -0.6 SPH +0.6

VL

OG : AXE 100° CYL -0.75 SPH +0.75

ADD : +1.00

OD : AXE - CYL - SPH -

VP

OG : AXE - CYL - SPH -

Verres 1.50 + 1.50 =

Monture 1.000

Facture Arrêtée à la somme de : 2000

Quiti Cont D+ 3400

LUNETTES EL HANAA  
Souk Ennajd Derb Ghallef N° 509  
Tel. 05 22 98 27 20  
CASABLANCA