

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

202143

Déclaration de Maladie

M23- N° 0036241

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

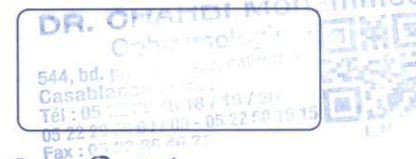
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Hourri Abdelrahmane  
 Date de naissance : 01/07/1946  
 Adresse : 68 Residence Hour Amira  
 my Abdallah / EL Toudich  
 Tél. : 06 22 835132 Total des frais engagés : 4448,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/03/2024  
 Nom et prénom du malade : Hourri Abdelrahmane Age: 78  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : EL Toudich Le : 16/04/24  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
19/03/2024		6+		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/03/24	243,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

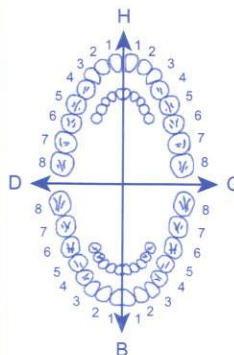
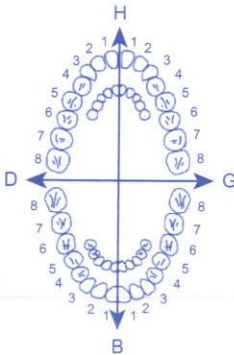
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	26/03/24					4200,00

# 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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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

# OPTIC IDBELLA

LOTS MELK CHEIKH MAGASIN N° 13

EL JADIDA

Tél: 0523332129 / 0649184416

M. ABDERRAHMANE HOURI

FACTURE N° : F24/0174

Date : 31/01/2024

Opticien Optométriste Diplôme Lentilles  
Lots Melk Cheikh Magasin N° 13 El jadida  
GSM : 06 49 18 44 16

Prescrit par : CHAHBI MOHAMMED

No ID :

En date du : 19/03/2024

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
VERRE ORG 1.5 PROG TRANSITION AR	1	1750.00	1750.00	
VERRE ORG 1.5 PROG TRANSITION AR	1	1750.00	1750.00	
MONTURE	1	700.00	700.00	
<b>Corrections :</b> VL D. Sph: -0.75 Cyl: -1.00 Axe: 140° Add: +3.00 VL G. Sph: -1.00 Cyl: -0.50 Axe: 55° Add: +3.00 VP D. Sph: +2.25 Cyl: -1.00 Axe: 140° VP G. Sph: +2.00 Cyl: --0.5 Axe: 55°				
<b>Total</b>	<b>3</b>		<b>4200.00</b>	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
4200.00	0.00	4200.00	4200.00	0.00 DH

Optic idbella  
Abdellatif  
Opticien Optométriste Diplôme Lentilles  
Lots Melk Cheikh Magasin N° 13 El jadida  
GSM : 06 49 18 44 16

RC36628 TP43000467 IF25272807 ICE002102624000051 INPE : 115020265

ORDONNANCE

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE 20/01/2022

544, bd. panoramique, californie  
Casablanca maroc 19.06.2024  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 36 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr. MOHAMMED CHAHBI certifie avoir opérée  
MR HOURI ABDERRAHMANE d'une cataracte +implant oel droit  
le 25/07/2023 et l'œil gauche le 03/10/2023, et que sa correction  
est changer et doit porter la correction suivante :

OD : -0.75(-1 à 140°)

OG : -1 (-0.5 à 55°)

Add +3

Ce certificat est délivré à l'intéressée, pour servir et faire valoir  
ce que de droit.

Signé : DR MOHAMMED CHAHBI

Optic idbella  
Abdellatif  
Opticien Optométriste Diplôme Lentilles  
de Contact  
Loti Melk Cheikh Magasin N° 13 El Jadda  
GCM : 06 49 18 44 16

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, bd. panoramique, californie  
Casablanca maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 36 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21







Casablanca le 19/03/2024

M. LAOURI Abdelmohamady

99.00

Koilli

12 21

144.10

Uismed

12 21

243.10

DR. MOHAMMED  
544, bd. Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc  
Tél : 05 22 29 66 00 / 05 22 29 66 19 / 05 22 29 66 15  
Fax : 05 22 29 66 21