

## 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.

### Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 068122

ND: 38835

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2226 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELHAMZI My Ahmed

Date de naissance : 31-08-56

Adresse : 21 Rue 50 hay Mandarona Anichock

Tél : 0660548528 Total des frais engagés : 45.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAKKAA Amal  
Ophtalmologiste  
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca  
Tél : 05 22 52 00 7-06 73 98 15 03

Date de consultation : 18/05/2020

Nom et prénom du malade : ELHAMZI My Ahmed Age : 64

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casa Le : 27-05-20

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



# 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
16/05/20	1207	15	2010 100100	Dr. RAKKAA Amar Ophtalmologiste 405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca Tél : 05 22 52 82 53

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101 Bd El Qods, Loi Mandarona Rue 14, Inara 1 Ain Chok - Casa Tél : 05 22 52 82 53	18/05/20	110.00

# 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
		AM	PC	IM	IV	
Optique Bd El Qods, N° 741 Mandarona Ain Chok - Casablanca Tél : 05 22 52 10 04	27/05/20					4.000.D.H.

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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>D</td> <td>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	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

**Docteur Amal RAKKAA**  
Ophtalmologiste



**الدكتورة أمال راكم**  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي  
الليزر - الحول  
تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le

18.05.2020

El Hamzi Ismaïl

lunette pour VL

**VISUEL OPTICIENS**  
Opticien - Optométriste  
405 Bd. Al Qods - N° 7 Casablanca  
Tél. : 05 22 52 66 77

$$OD = (-0,75 \text{ à } 55^\circ) + 1,75$$

$$OH = (-0,15 \text{ à } 120^\circ) + 1,5$$

add

$$ODH = (+2,5)$$

**Dr. RAKKAA Amal**  
Ophtalmologiste  
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca  
Tél: 05 22 52 66 77

(Felix Bley)

le 18-05-2020

El Hamzi Tonlay Ahmed


1) Floravision 10.00  
2 gte x 4 15

4's

 **PHARMACIE ACHIN**  
101, Bd El Qods Lot Mandoul  
Rue 14, Inara 1 Ain Chik - Cas  
Tél : 05 22 52 52 53

(3 min)



  
**Dr. RAKKA A. Amal**  
Ophtalmologiste  
405 Bd. Al Qods n° 7 Casablanca  
Tél: 05 22 52 52 53





Visuel Opticiens



Casablanca Le 27/05/2020

## FACTURE N°276

Nom:EL HAMZI

Prénom:MOULAY AHMED

Quantité	Désignation	Prix U	Prix Total
1	Monture	1200.00	1200.00
2	Verre organique antireflet progressifs	1400.00	2800.00

<i>Prix HT</i>	3333.33
<i>TVA</i>	666.66
<i>Prix total</i>	4000.00

Cette facture est arrêtée à la somme quatre mille dirhams .

**VISUEL OPTICIENS**  
Opticien - Optométriste  
Bd El Qods N° 784 - MANDARONA  
AIN CHOCK - Casablanca  
Tel : 05 22 52 10 04