

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïtali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-439785

ND : 35950

Couverture  
NSR

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

05534

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NAANI Abdelmajid

Date de naissance :

08.09.1980

Adresse :

Residence EL Waha da Tam F5 AppA Berrechid

Tél :

0662130426

Total des frais engagés :

2350,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Fatima Zahra NAANI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection

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 :

Berrechid

Le :

30/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-439785

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

05534

Nom de l'adhérent(e) :

NAANI

Total des frais engagés :

2350,00

Date de dépôt :



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
	L/S	250,0000		INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
		( )		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Sachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Opticien Khalid</p> <p>Opticien Optométriste Diplômé d'Etat</p> <p>00051-Pai N 4072-01 le 0522 32 41 44</p> <p>188-CNSS 22447</p>	29/07/2020	2100,00

[illegible][illegible]

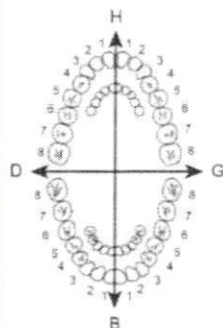
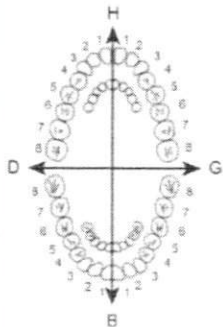
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	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="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            0000000  <b>D</b> —————            0000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            0000000            —————            0000000            11433553  <b>G</b> </div> </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"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. REZKI Sirine

## Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse  
Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca  
Chirurgie de la cataracte par phaco  
Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser  
Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



## الدكتورة رزقي سرين

### طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز  
طبيبة سابقة بمستشفى 20 أغسطس بالدار البيضاء  
جراحة الجلالة بالصدى، تصحيح البصر بالليزر  
تصوير الأنوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، فحص الشبكية

Naciri Fatima Zahra

16 JUL 2023

1) Lunettes pour CO (UC) + (UL) Auto 2

UCf: +0,25 (-0,25 à 85°)

OG: +0,25 (-0,25 à 100°)

UL: add +2,25 (80°)

1) Aberration

Optic x415 005 12

Ophthalmologist  
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour  
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage  
Berrechid - Tél: 05 22 51 75 39

OPTIC CONTACT  
Opticien  
Khalid  
Opticien Optométriste  
57 bis Rue Médine Berrechid  
IF 06 100051-Pat N 4070788  
Diplômé d'Etat  
0522 32 41 44  
CNSS 2244751

زواية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél : 05 22 51 75 39 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com



# optic ntact

Opticien



065008021

**Khalid Admy**

Opticien Optométriste

Facture N° 540/20

Berrechid, le

29/07/2020

Client :

M. NANNI Fatma Zouera

Code	Description	Total
431	R Vite à la	800
431	Les yeux 4W/Ami	800
	e utu	500
	RKm	200
	10 + 0,2 (-8,25 + 85)	
	08 + 0,2 (-10,25 + 100)	
	pro eye	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		
Deux mille Cent Quatre-vingt		

