

## 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.

### 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 - Tel. : 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° W19-562116

42779

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8454 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AITBOUSSMANE HOUMAD

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : RUE 1, N° 23, MAZOLA H.H. CASABLANCA

0522396582

Tél. : 0661263760 Total des frais engagés : 4750,00 Dhs

0670025525

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2020

Nom et prénom du malade : AITBOUSSMANE ZINEB Age : 17

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

Nature de la maladie : cornée lésée

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 : 13/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
13/08/2020			25000	INF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dr. BOUKSMA M. TALMOLOGISTE Rabat - 2ème Etage Masabanka

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE POLYCLINIQUE</b> <b>Dr. TIR Abdelaziz</b> 8, Route Mly Thami Hay Hassani Tél: 0522 90 21 67	13/8/2020	84.00

[illegible]

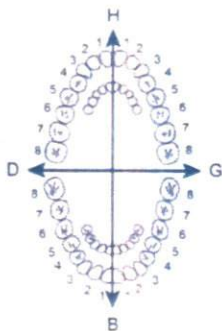
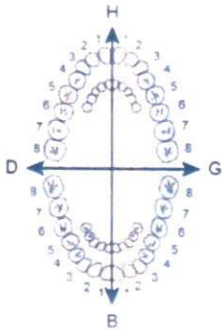
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/07/2012					26/07/2012

# RÉCÉPTE 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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		35533412	21433552	0000000	0000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	35533412	21433552										
	0000000	0000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Creation, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique necessaire a la profession			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. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
الليزر....

Casa le : 13 Août 2020

**Mlle AITBOUSSMANE Zineb**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = + 2.25 (- 2.00 à 176°)

OG = + 1.50 (- 1.75 à 164°)

NAABAK



1 gte x 4/j, les deux yeux, 1 Mois

**PHARMACIE POLYCLINIQUE**  
**Dr. TIR Abdelaziz**  
58, Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67 Casa

**OPTIC EL FATH**  
Moudjahida Bloc "1" N°83  
CASABLANCA  
Patente: 38616616  
26/08/2020

**Dr. BOUKSIM M.**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Bd. Oum Rabii Res. Al Firdaous  
Imm. L 30 - 2ème Etage  
Oulfa - Casablanca  
Tél: 0522 91 41 11



# Optique El Fath

Bd, Moudibokeita, Bloc -J- N° 83  
Casablanca  
Gsm 06 61 97 79 82



# نضارات الفتح

شارع مودي بوكيتا ج رقم 83  
الدار البيضاء  
المحمول 06 61 97 79 82

FACTURE N°: 0009620

Casablanca le: 26/08/2020

M: AIT BOUSSMANE Zienab

N° de Nomenclature .....		
Docteur .....		
Monture :	1.6 RODENSTOCK filaire 20	
Verres :	monture pour V1 2000000	
VL :		
OD :	+2.25 (-2.25 : 176°)	1250000
OG :	+1.50 (-1.50 : 164°)	1250000
VP :		
OD :		
OG :		
Total :		2450000
Arrêtée la Présenete Facture à la Somme de :		
<b>OPTIC EL FATH</b> Moudibokeita Bloc "J" N°83 CASABLANCA Patente : 36616616		