

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 049305

ND: 42813

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

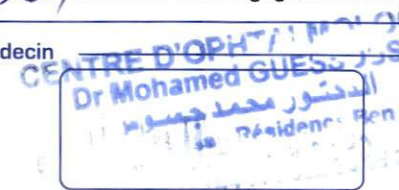
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8571 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ALHILALI MASSAN  
Date de naissance : 29.02.68  
Adresse : 17 RUE BRAHIM MAKHIL APT 10  
MARJIF  
Tél. : 0663 565364 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 2/5 AOÛT 2020  
Nom et prénom du malade : ALHILALI GHITA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie  
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 : 02/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

M



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
25 AOUT 2023	G	G	250,00	<p>Dr. GUÉSSOUBI HASSAN</p> <p>Maladie et Chirurgie des Yeux</p> <p>Assemblée près des Malades</p> <p>170 Nafiss Comalancia</p> <p>17 - Fax: 0522 38 17</p>

25 AGOUT 2023

DR. GUERREIRO  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Expert Assermenté par les Tribunaux  
5 Rue des Nations Unies  
Tél : 0522.99.44.77 Fax: 0522.99.45.92

[illegible]

Montant de la Facture

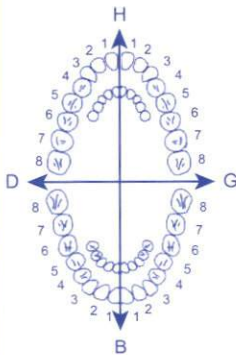
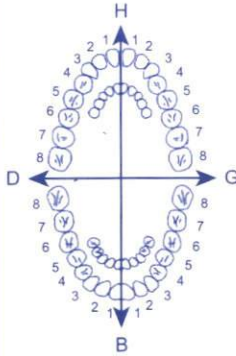
[illegible]Montant  
des Honoraires[illegible]Montant détaillé  
des Honoraires

## 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

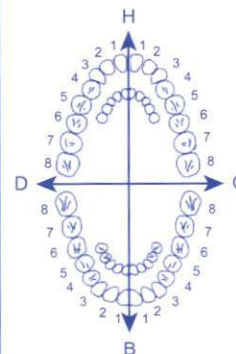
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B	
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

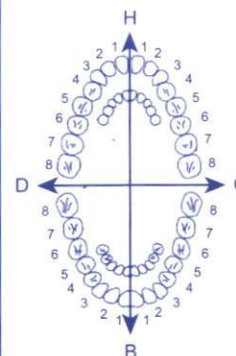
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

FIN  
D'EXECUTION



Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed GUESSOUS

## Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Lyon (France)  
Ancien Attaché des Hôpitaux Militaires du Maroc  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Maladies et Microchirurgies des Yeux  
Chirurgie de la cataracte par phacoemulsification  
Laser Argon et yag - Explorations Oculaires  
Lentilles de Contact - Chirurgie de la Myopie au Laser

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX

# الدكتور محمد غسوس

## إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بليون ( فرنسا )  
ملحق سابقا بمستشفيات بليون  
إختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب  
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون

أمراض وجراحة العيون  
جراحة الجلالة بالليزر  
أشعة الليزر - تحاليل العين  
العدسات اللاصقة - جراحة البصر بالليزر

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

25-08-2020

Casablanca le ..... الدار البيضاء

Mr Melle Mme Enfant:

Age :

AL HILALI GHITA

### A. Prescription de Verres

Organiques ☒ Progressifs ☐ Blancs ☐ Avec Monture  
Minéraux ☐ Bifocaux ☐ Photochromiques ☐  
Amincis ☒ Unifocaux ☐ Teintés ☐  
2 Montures Separées ☐ Traités Anti-reflet ☒

Vision de Loin

Oeil Droit: -0,75

Oeil Gauche: -0,5

Vision de Près

Oeil Droit:

Oeil Gauche:

### B. Instiller aux 2 yeux

Dr. GUESSOUS Moham.  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Expert Assermenté près des tribunaux  
5 Rue Ibn Nafiss Casablanca  
Tel : 0522 99 44 77 - Fax: 0522 98 15 81

إقامة بن عمر - زنقة ابن نفيس - عمارة ب المعاريف - الدار البيضاء

Résidence Ben Omar - 5.Rue Ibnou Nafiss - Porte «B» - Maârif - Casablanca

Tel.: 0522 98 15 81 : الهاتف : 0522.98.15.81 : الفاكس : Urgences : 0661.18.75.42 : المستعجلات

0522 99 44 77

Email: dr.guessous@hotmail.com