

## 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 - 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-438344

18887.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5578

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUZARIF ZAHRA

Date de naissance : 25/03/1962

Adresse : 11, RUE ALAOUHAINE, APT 7, BOULEVARD

Tél. : 063795197

Total des mois engagés : 124

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur KHEISS KHEISSINE  
Ophthalmologiste  
100, Bd. Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522.25.48.88

Date de consultation : 18 DEC. 2019

Nom et prénom du malade : BOUZARIF ZAHRA

Age :

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 préconfidentiel 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

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
18 DEC 2019		ce	300.00	Docteur D'KHISEB MOUSSINE Ophthalmologiste - Casablanca 400, Bd Brahim Roudani - Casablanca Tél: 0522 25 48 88

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du CAP Mme CHAOU SAMIRA 1 Rue Al Oukhousa - Beausjour Casablanca - Tél 05 22 39 89 73	18-12-2019	224.00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPHTALMOLOGIE ENJOUEUR 1 Rue Afghani - Beausjour H.H cas / Patente : 85001234 Tél : 000499966000020 Tél : 05 22 89 85 23	18-12-19					650.00

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 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D 00000000 35533411</p> </div> <div> <p>G</p> <p>21433552 00000000</p> <p>11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			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

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophtalmologiste**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسي محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

18/11/2014

*Barzouf Zoua*

Steripharma  
PPC:112,00 dh

Steripharma  
PPC:112,00 dh

112.00  
x2  
1) Xcoptend cell  
H43, 100

**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
Ophtalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA

صيدلية الكاف SAMIRA  
Pharmacie du CAF  
Mme CHAOUI Beausejour  
1 Rue Al Oukhane Beausejour  
Casablanca - Tél: 05 22 25 70 88



**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophthalmologist**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسي محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

le 18/11/2009

Bazouf Zouen

Reçue par VL (Mueten)

$$20 = + 2,5 (-0,15) \text{ à } 85$$

$$06 = + 2,25 (-0,15) \text{ à } 75$$

$$\text{Abd Lpr} = + 2,5 \text{ OR}$$

Plan de l'oeil

op. m. > (Mueten) -

**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophthalmologiste**  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 43 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88

400. شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.25.70.88 / 0522.25.48.88

# OPTIQUE ENNOUR

Opticien-Optométriste  
N°10 Boulevard Afghanistan  
Hay hassani Casablanca  
TEL 022898523

FACTURE N°: 133

DATE : 18 / 12 / 2019

NOM CLIENT : BOUZARIF ZOHRA

Désignation	Prix
MONTURE SCOOP203	700
VERRE DROIT +2.50(-0.75)85ADD2.5 Progressif antireflets antiUV	2900
VERRE GAUCHE +2.25(-0.50)752DD2.5 Progressif Antireflet AntiUV	2900
TOTAL TTC	6500

OPTIQUE ENNOUR  
10, Av Afghanistan H.H.  
Casa / Patente : 35001234  
ICE : 00499966000020  
Tél : 05 22 89 85 23

IF51400820PATENTE35001234RC279742ICE000499966000020INPE095000600