

## 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.
- Une 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.
- In 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 (soins 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.

### Ordonnance

- 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Reclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la Loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : 10, rue de la Liberté - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 94 32 68 / 88 - Fax : 05 22 94 32 68 / 88



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-554537

55238

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MECHICHE Alami Anissa  
Ophtalmologiste  
237, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél. 05 22 94 32 68/88

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoints

☐ Enfant

Nature de la 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 :

Le :

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 Medecin attestant le Paiement des Actes                                                    |
| 28-12-20                       | C5                |                       | 300 DH                          | INP : 091099366<br>Dr. MECHICHE Alami Aïssa<br>Ophtalmologiste<br>237 Bd. Zerkouni - Casablanca<br>22 94 32 68/88 |

Dr. MECHICHE Alami Aïssa  
Ophtalmologiste  
237 Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 94 32 68/88

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |            |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date       | Montant de la Facture |
|  | 18/01/2021 | 1400.00 DHS           |

Cabinet du Pharmacien  
 ou du Fournisseur  
 SCIENCE  
 VUE Ophtalmique  
 50, Rue de TATAVE (ex Poincaré)  
 Tél. : 27-12-21 - CASABLANCA

[illegible]

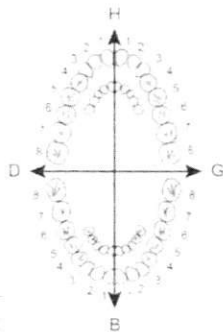
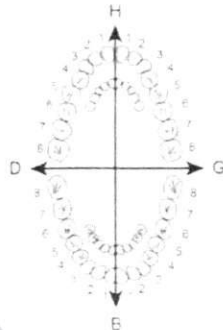
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                               | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                       |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>01433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H                                            |  | 25533412 | 01433552 | 00000000 | 00000000 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                        | 01433552            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | (Creation, remont, adjonction)<br>Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse.                                                                                                                                          |                     |             | 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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents

[illegible]

Coefficient

INP : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

II

255334

21423550

D

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Anissa Mechiche-Alami

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerkouni

Résidence Al Kheir, 2<sup>ème</sup> Étage

Casablanca

Tél.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

Dr. MECHICHE Alami Anissa  
Ophtalmologiste  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél.: 05.22.94.32.68/88

Casablanca, le 28.12.2020

# الدكتورة أنيسة أمشيح العلمي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

237, شارع الزرقطوني

إقامة الخير, الطابق الثاني

الدار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.69 - 05.22.94.32.68

M<sup>r</sup> ADEL AbdelHamed

- lunettes pour VL Soucheffer

$$OD = (90^\circ - 0,50)$$

$$OH = (90^\circ - 0,25) + 975$$

- lunettes pour VP

$$OD + 2,00 OD$$

Opticien  
VIE  
SCIENCE  
01. Rue de TATA (ex Polignac)  
21 - CASABLANCA

Dr. MECHICHE Alami Anissa  
Ophtalmologiste  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél.: 05.22.94.32.68/88



Lunette de Vue et Solaires  
Lentilles de Contact

0003273



Casablanca, le 12 / 01 / 2021

M: ADEL ABDELHAMID Doit

| N° de nomenclature<br>correspondant | Vision de Loin | Vision de Pres | Double Foyer | Docteur      |
|-------------------------------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
|                                     | O.D. 407       | O.D. 408       | O.D.         | ALAMI Amissa |
|                                     | O.G. 407       | O.G. 408       | O.G.         |              |

| Qté   | FOURTNITURES                                      | Prix | Montant |
|-------|---------------------------------------------------|------|---------|
| 1     | Montures:                                         |      | 400     |
| 2.VL  | Verres: organique anti-reflet<br>transitions grey |      | 600     |
| 2.VP  | Verres: organique anti-reflet                     |      | 400     |
| TOTAL |                                                   |      | 1400    |

La présente facture est arrêtée à la somme de:

mille quatre cents DHS

50.Rue de Tata (ex. rue Poincaré) - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 27 12 21

R.C : Casa 183294 - Patente N°33201677

ICE : 001627142000018

50 زنقة طاطا سابقا زنقة بوانكاري - الدار البيضاء

الهاتف-الفاكس: 05.22.27.12.21

السجل التجاري البيضاء: 183294- الضريبة: 33201677

رقم التعريف الموحد: 001627142000018