

## 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'Horizon  
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° W19-598824

5750

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9466 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : ACHID Abdelaziz  
 Date de naissance : 26-12-1969  
 Adresse : Rue Tunis Immeuble Samira 2<sup>e</sup> étage Apt A Nador  
 Tél : 0672613770 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/01/2021  
 Nom et prénom du malade : BOUFDA Touria 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 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 : 27/01/2021  
 Signature de l'adhérent(e) : A. J.



# 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
26/01/2021	CS		200,-	INP : 290063954

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28 01 2021 10 82	26/01/2021	229 15

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

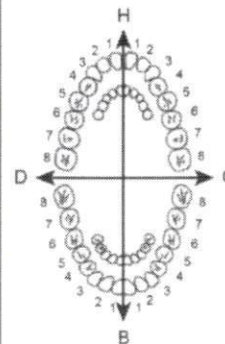
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

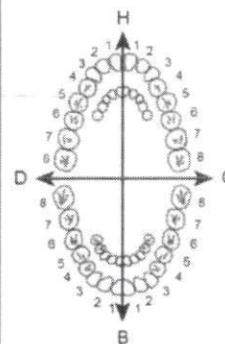
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/01/21					1000,00
						2000,00

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





ORDONNANCE

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique  
Tube de 3 g  
AMM N°184  
DM/721/NRQ  
PPV: 37 DH 20 6 118001 200818

Casablanca le 26/01/2021

Cationorm®  
Multi  
Emulsion  
ophtalmique  
PPC 148,00 DH

M. BOUFEDA Tounsi

14,80 x3 = 43,80

1/ Nettoyage palpébraux aux

Compresses tièdes x3/j x10j

2/ Fucithalmic Pommade

148,00 x2/j

3/ Cationorm

1 goutte

x1 mois

229,15

RECEPTE D'ANALYSE  
N° 91. Avenue de l'Indépendance  
Casablanca 20100  
Tél: 05 22 53 82 82

CLINIQUE DE L'OEIL  
Californie



# Optique Le Beau Coin



Facture

N° 000633

Casablanca, le :

26/01/21

Mr (e) : BOUFFORD

TOURIA

N° de Nomenclature :		
Docteur :		
Monture :	MITAL	1200.00
Verre :	PROGRESSIF - 0.17	
VL :		
OD :	-3.00 (-0.75 n 04)	
OG :	-2.75 (-1.5 n 75)	
VP :		
OD :	Add +1.50	2000.00
OG :		
Payé en Espèce	Total	3000.00
Arrêtée la Présente Facture à la Somme du :		
OPTIQUE LE BEAU COIN		
Bd Moudiboukita Bloc (J) N°70 Korea - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92		
GSM : 06.25.27.25.92 - Casa		

Bd Moudiboukita Bloc (J) N°70 Korea - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N°36612797 - IF : 50791172 - R.C : 335648 - INPE : 001719172 - ICE : 01790060000087





ORDONNANCE

Casablanca le 26/01/2021

M. BOUFEDA TOURIA

Lunettes pour Correction Optique:

OD : - 3 ( - 0,75 à 94° )

OG : - 2,25 ( - 1,5 à 75° )

\* VP : Add + 1,5 OG

OPTIQUE LE BEAU COIN  
Bd. Moudibouhita Bloc "J" N°70  
GSM : 06.25.27.25.92 - Casa

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
Californie,  
544 Boulevard Panoramique - Casablanca, Maroc  
Tél : 0522 522 50 15 15 - 0522 522 86 46 21