

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostic 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

61518

**Déclaration de Maladie : N° P19-0003645**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01197

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUMER Zahra

Date de naissance : 01.01.1938

Adresse : N° 33 rue 535 Elac Bouargane

Tél. : 0661361780

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NOUMER Zahra

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vice de refraction

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 : 01 / 03 / 2021

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
08.02.2021	21 c.s		2.001,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
NP : 042034433 الصيدلانية د. بديع بن فاطمة الزهراني 100 شارع البوكرام 05 28 22 14 68	08.02.2021	205,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

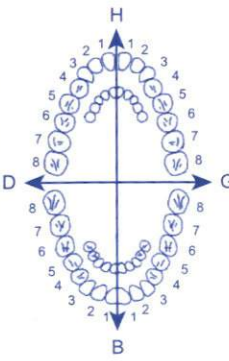
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/02/21					800,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

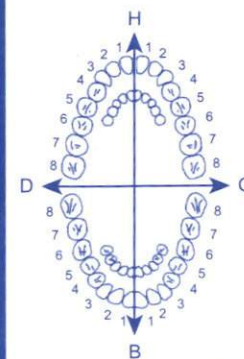
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

Dr CHARIF

Ophthalm

6105118

2202  
0202  
6



ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

ezgane, le 11 Février 2017 إنزكان في

Zalerg 0,25 mg/ml

زالرغ 0,25 مغ/مل

1 goutte

75,70

- Zalerg

1 goutte



Matin 8H

Soir 20H

12990

Ocularm 0.15%

1 goutte x 4 par jour



129



205,60

صيدلية  
الأمم البخاري  
د. بوضياف فاطمة الزهراء  
100 شارع امام البخاري بئر انك مدكن  
الهاتف: 05 28 22 14 68



شارع محمد الخامس عمارة شهرزاد الطابق الثاني رقم 1 - إنزكان

Bd. Mohamed V - 2ème étage - N° 1 ( en face de la poste ) - Inezgane

الهاتف : 05 28 83 70 70



# عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

Dr CHARIF Abdelatif  
Ophtalmologiste

6102/118

Inezgane, le 08 FAVOR 2021

إنزكان، في

Lunettes pour M. Nasser Zelnig

OD

OG

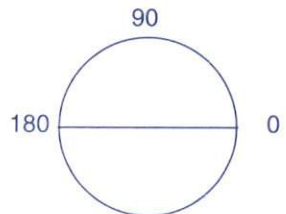
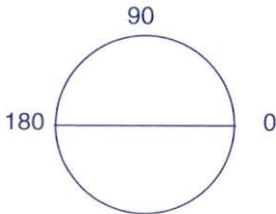
-0.50 (-1 à 110')  
+5

LOIN

+2 (-2 à 35')

PRES

+5



Verres : .....

Monture : .....

E.I.P.: .....

Dr. CHARIF Abdelatif  
Ophtalmologiste  
Bd. Mohamed V - 2ème étage - N°1 - INEZGANE  
Tél. 05 28 83 70 70

شارع محمد الخامس (عمارة شهرزاد) الطابق الثاني رقم 1 - إنزكان  
Bd. Mohamed V - 2ème étage - N°1 (en face de la poste) - Inezgane

الهاتف : 05 28 83 70 70





OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

## FACTURE

Date : 18/02/2021

Numéro: 210028

**CLIENT: ZAHRA NOUMER**

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>		0	0,00
.TURE		1	300,00
VD	ORG.PHG.AR	1	300,00
VG	ORG.PHG.AR		
<u>PRES:</u>		0	0,00
MONTURE		1	100,00
VD	ORG.BLANC	1	100,00
VG	ORG.BLANC		
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<u>Dr. CHARIF ABDELLATIF</u>			
LOIN : OD:-0.50(-1.00,110°) OG:+2.00(-2.00,35°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+5.00 OG:+5.00			
<b>Net à payer TTC Dont TVA 20%:</b>			<b>800,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de: HUIT CENT DIRHAMS .TTC.

Signé:

Line Optique  
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE  
540 N°28 Erac Bouargane - Agadir  
Tél: +212 6 89 19 65 99