

# 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.

## Diologie 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](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)

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

Dsn° N° P19- 063948

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0401 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NORREDINE Said

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : 3 Rue Abou Abas El Mekri  
Francoville Casablanca

Tél. 0520385494 Total des frais engagés : 3711,00€ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2021

Nom et prénom du malade : NORREDINE SAID Age: 76

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cornée lenticulaire

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 : 02/03/21


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
02/03/2021			25081	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.03.2021	11.00
	07/03/2021	2420,-

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/03/2021	OCT	1000 D.F.

# AUXILIAIRES MEDICAUX

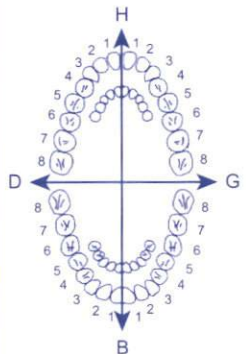
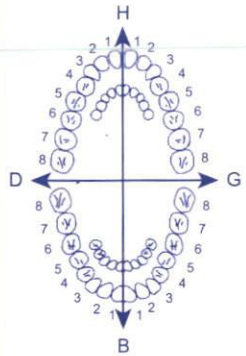
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

Casa le :

02 MARS 2021

M<sup>r</sup> MORREDINE Said

Opere pour MEM  
de OD

faire o c t manuel  
de control

**CLINIQUE AL MALINA**  
**Caisse**  
Angle Rue Mohamed Bahi et  
Rue Mansard Quartier Palmiers  
Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

**Dr. BOUKSIM M.**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Imm. L30  
Bd. Oum Rabii  
Gpe Résidence Al Firdaus  
Oulfa - Casablanca



**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر....

Casa le : 12 MARS 2021

M<sup>r</sup> MORREDINE - Saïd

Compte rendu OCT  
maula

OD: séquelles d'1 MEM maula  
opéré, épaissement  
maula des couches  
rétiennes internes +  
légères dégénéralives  
couches rétiennes internes  
conservées + petit DSR

OC: disette hyper-réfléchissante  
de l'interface maula, dans  
réflectissement sur les couches  
rétiennes

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوقسيم مليكة**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
اللايزر....

Casa le : **02 Mars 2021**

**Mr. NORREDINE Said**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = - 0.50 (- 0.50 à 106°)

OG = + 1.25 (- 0.50 à 94°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 2.25 (- 0.50 à 106°)

OG = + 4.00 (- 0.50 à 94°)

**KADER OPTIQUE**  
OPTICIENNE OPTOMETRIE  
404, Av. Abdellah Ben Bou Drissia 1  
Tél : 05 22 20 70 22 - 05 22 80 18 36 - Casablanca

**Dr. BOUKSIM**  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 6 Oul - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

PHARMACIE AL ANDALOUS  
12610 - Rue Dom Pe  
91 - Casab  
22 58 06 9

41.00 dh

1 - Gellarme gel  
1st 2st → 1 - 8/7  
DDC

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacie Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41.00 DH

DR BOUKSIL M.  
OPHTALMOLOGISTE  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Mme Amina DAOUDI



# KADER OPTIQUE

IF : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

404, Av. Abdellah Senhagi  
IDRISSIA 1 - Casablanca  
Tél: 05 22 28 70 73  
Fax: 05 22 80 18 36

FACTURE

002307

Le 09/03/2021

M. NORREDINE SAID

Patente: 33664052  
CNSS: 2361145  
R.C. : 20 47 88

BOUSIN

Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. = <u>—</u> O. G. = <u>—</u>	Prés { O. D. = <u>—</u> O. G. = <u>—</u>	D. F. { O. D. = <u>522</u> O. G. = <u>522</u>
--	---	---	--

## FOURNITURES :

1 Montures : <u>08042</u>	<u>600,00</u>	<u>600,00</u>
2 Verres : <u>Darble fayeroffe</u>	<u>910,00</u>	<u>1820,00</u>

La présente facture arrêtée à la somme DH

TOTAL

2420,00

Deux mille quatre cent  
vingt DH

KADER OPTIQUE  
OPTICIENNE - OPTOMETRIE  
404, Av. Abdellah Senhagi Drissia 1  
Tél. 0522 28 70 73 - Fax 0522 80 18 36 Casablanca

## F A C T U R E

N° : 3806 / 2021 du 11/03/2021

OCT

Nom patient **NORREDINE SAID**  
**PAYANT**Entrée 11/03/2021  
Sortie 11/03/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OCT	1.00		1 000.00	1 000.00
			Sous-Total	1 000.00
Total Clinique				1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total 1 000.00

**CLINIQUE AL MADINA**  
**Caisse**  
Angle Rue Mohamed Bahi et  
Rue Mansard Quartier Palmiers  
Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01