

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-574268

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **09988** Société : **64021**

Matricule : **09988** Société : **64021**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **OUAHAY ALI**

Date de naissance : **14/01/1968**

Adresse : **N°34 LOT MAMZA SIDI MARROUF CAS**

Tél. : **0670085966** Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Lahcen ZAFAD Ophthalmologiste Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca**

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : **cataracte + correction optique**

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 : \_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Le : **15/03/2021**

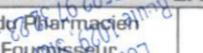
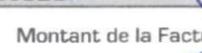
### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

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
06/02/2021		CS	300 DT	INP : 05000 6784 <b>Dr. Lahcen ZAFAD</b> Ophthlalmologiste Hôpital de l'Armée

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/30/190	

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

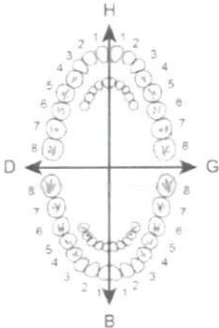
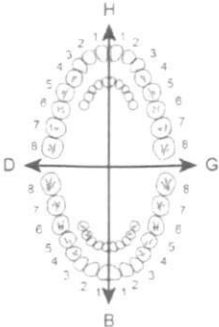
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>OPTIQUE EL FATH</b> Bd. Moudiboukita Bloc(J) N83-CASABLANCA Tél: 06 61 977 982	06/04/20					4000,00

# 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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeita, Bloc «j» N° 83

Casa - Gsm : 0661 97 79 82

Patente : 36616616



# نظارات الفتح

شارع موديبوكيتا بلوك «ج» رقم 83  
الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82

الباتنتا : 36616616

IF : 40178251

RC : 377480

ICE : 0008056000089

**FACTURE N° 000610**

M: QUAHAY ALI

Casablanca, le : 06/03/2021

N° de Nomenclature : 431 - 431

Docteur : Laurence FAFAD

Monture : Optiques 1000,00

Verres : Progressifs organique

VL : Blanc cuivre / pelt (Anti-uv)

OD : -0.50 (-0.50 à 95°) 1000,00

OG : -0.75 (-0.50 à 80°) 1200,00

VP :

OD : 2.00 + 2.25

OG : 2.00 + 2.25

OPTIQUE EL FATH

Bd Moudiboukita Bloc(J)

N83-CASABLANCA

Tél: 06 61 977 982

Total : 4000,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

quatre mille 000 HT

OPTIQUE EL FATH  
Bd Moudiboukita Bloc(J)  
N83-CASABLANCA  
Tél: 06 61 977 982

CLINIQUE AL MADINA



معيضة العرنية

06 février 2021

**Mr. OUAHAY Ali**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = - 0.50 (- 0.50 à 95°)

OG = - 0.75 (- 0.50 à 80°)

VP : ODG = Add : + 2.25

**OPTIQUE EL FATHI**  
Bd Mohammed V - Casablanca  
N°3 - CASABLANCA  
Tél: 06 61 977 982

**Dr. Lahcen ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

صحة المدينة

06 février 2021

Mr. OUAHAY Ali

1/ NAVI INFLA



79,00  
1 goutte x3 par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE  
Lot. N° 7  
Rue 1029, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca