

## 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

- 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 Angie 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-594616

64989 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOULAY IDRIS

Date de naissance : 15/02/1967

Adresse : 57 rue 35 lot ANIMOUV CAS

Tél : 0661312755 Total des frais engagés : 1463 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/3/21

Nom et prénom du malade : OUDGHIRI Moulay

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

Nature de la maladie : ACCIDENT

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 : CAS Le : 29/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-594616

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1463

Nom de l'adhérent(e) : Amine

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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

06/31/21 St 1 209,00 INP: 09/14/21

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricateur Date Montant de la Facture

26/03/2021 113,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# ALIMILAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date de l'ordonnance Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

OPTIQUE HDIDOU 44 Rue Taraboulet, Casablanca Tél: 0522/20 29 30 26/03/2021 1100,00

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

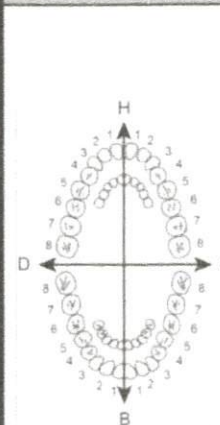
Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

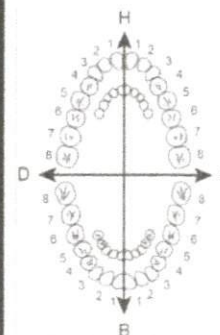
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



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

**Docteur Fouad NCIRI**  
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux  
Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II  
Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور فؤاد (النصيري)

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
جريج كلية الطب ببوردو فرنسا  
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

**Spécialiste des Glaucomes**  
**Chirurgie Vitreo - Rétinienne**  
**Chirurgie cataracte par Phako- émulsification**

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Casablanca, le: 26/3/14: الدار البيضاء في:

أ. د. فؤاد نصيري

(date de la vue) (vue) (60 - 0,30) - 97

(signature)

**OPTIQUE HDIDOU**  
44 Rue Tarnatous Casablanca  
Tél: 05 22 20 20 30

06 61 19 75 41

(80 - 0,30) - 97

S.V.

06 61 19 75 41

Pharmacie LAMORICIERE  
283, Bd Zerkatouni Casablanca  
Tél: 05 22 27 91 56  
Fax: 05 22 20 30 36

**OPHTALMOLOGUE**  
Docteur Fouad NCIRI  
283, Bd Zerkatouni 1<sup>er</sup> Étage - Casablanca  
Tél: 05 22 27 91 56  
Fax: 05 22 20 30 36  
Majdouline BENMACHCHA  
Tél: 05 22 27 91 56  
Pat: 3420201

**PHARMACIE LAMORICIERE**  
283, Bd Zerkatouni 1<sup>er</sup> Étage - Casablanca  
Tél: 05 22 27 91 56  
Fax: 05 22 20 30 36  
Majdouline BENMACHCHA  
Tél: 05 22 27 91 56  
Pat: 3420201



# OPTIQUE HDIDOU

Opticienne - Optométriste  
Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie  
et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)

DATE: 27/03/2021

FACTURE N° 210 279

NOM: OUDGHIRI MOHAMED

MEDECIN: NCIRI FOUAD

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	-0.75	-0.50	60	
V.L.G	-1.00	-0.50	80	
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
PIERRE LOTI	500.00
VERRES	
ORGANIQUE 1.5 TRANSITION GRIS ANTIREFLET	300.00
ORGANIQUE 1.5 TRANSITION GRIS ANTIREFLET	300.00
Total T.T.C:	1 100.00
T.V.A	183.33

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:  
MILLE CENT DIRHAMS

Mode de règlement

OPTIQUE HDIDOU  
44, Rue Tarablous, Casa  
Tél: 0522 20 29 30