

## 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

- Reclamation : 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-614844

66843

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1115 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZARI BELCAEM

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : Residence ALHAYAT B6 - Bv Ibn KAYATAZ - Etage 2 - ART 5 - BELVEDERE - CASABLANCA

Tél. : 06 68 17 20 28

Total des frais engagés : 4100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 5/4/2021

Nom et prénom du malade : NAZARI BELCAEM Age :

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

Nature de la maladie : 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 : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
5/4/2021	G	1	300,00	INF : 0911006890 LALAOUI Mohamed Médecin Généraliste CASA Boulevard Hassan II

[illegible][illegible]

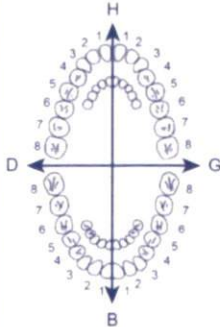
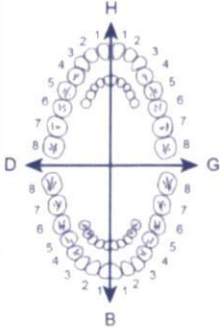
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>OPTIVE</b> Opticienne Op Rue Ahmed O Bordeaux Verdun Tel/Fax: 05 22 27 33 18 -	12/04/2021		1 mortne	800,00		
			10408	1500,00		
			10408	1500,00		
				<u>3800,00</u>		

# 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'OOF.

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"/>	
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div>				
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553         </div> </div>				
			<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
						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

**Docteur FDILI ALAOUI M'hamed**  
Maladies & Chirurgie des Yeux

Maître ès Sciences Médicales  
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Interne du C.H.U de Grenoble (France)

Sur Rendez-vous



**الدكتور فضيلي علوي امحمد**  
طب و جراحة العيون

أستاذ في العلوم الطبية  
رئيس سابق بعيادة كلية الطب بكرونويل (فرنسا)  
طبيب داخلي سابقا بالمستشفى الجامعي بكرونويل  
بالموعد

Casablanca, le : 5/4/2021

NAZARI Belgacem

Luette:

Vues progressif  
photogray

Loir: OD: 0 ( $-1 \pm 105^\circ$ )  
LOH: -1 ( $-0,5 \pm 90^\circ$ )  
PRES: OHL: add + 2,50

**OPTI VERDUN**  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed Ouahbi n°2  
Bordeaux Verdun Casablanca  
Tél./Fax: 05 22 27 33 18 - GSM: 06 67 80 94 46

**Dr. FDILI ALAOUI Mhammed**  
Ophtalmologiste  
Bd. Anfa Rés. Casa Anfa  
79 Rue Jaber Bnou Hayane  
Casablanca Tél: 022 48 41 18

Bd. d'Anfa en Face de la Commune Sidi Belyout,  
Rés. Casa-Anfa, 79, Angle Rue Jaber Bnou Hayane  
Casablanca - Tél.: 0522 48 41 18

شارع أنفا، أمام جماعة سيدي بليوط، إقامة كازا-أنفا  
79، زاوية زنقة جابر ابن حيان - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 48 41 18





# OPTI VERDUN

## FACTURE

N° 008343

Date 12/04/2021

M. NAEARI Belgacem

Qté	Designation	Montant
1	monture	800,00
1	V408 OD:0 (-1.00 à 1.05)	1500,00
1	V408 OG: -1.00 (-0.50 à 90	1500,00
	Add OD: +2.50	
	Verres photochromique progressif	
Total HT	INPE1095007343	
Total TTC	ICE00170898900085	3800,00 HT

OPTI VERDUN  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed Ouahbi - Casablanca  
Bordeaux Verdun - GSM: 06 67 80 94 49  
Tél./Fax: 05 22 27 33 18

Arrêté la présente facture à la somme de trois mille huit cent dix-huit euros