

## 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 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

- Reclamation : [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)

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)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-500086

69264

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10620 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NORU SAID  
 Date de naissance : 27.01.1972  
 Adresse : HAY INARA 1 RUE 15 N°9 Anchoy CASABLANCA  
 Tél. : 0445539284 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : NORU SAID Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 :  
 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 Medecin attestant le Rejet des Actes
19/04/21	S		2000	INP : 00000000
20/04/21				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

19/04/21

28,8

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/04/21	monture ortho que venait être progressif				5000,00
		monture A.R. Venilux				

# 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 : 00000000

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433553
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
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**  
**ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

إختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : ..... 19/04/2021

Mr Nory Said

28,80

Artelac



1 goutte, 2 fois par jour (pendant 15 jours)



Dr. ESSADKI Fahd  
Ophtalmologiste  
Chabab IIA Imm F7 BD Baamrani  
Ain Sbâa-CASA / Tél.: 0522 76 75 50

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيم البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Ain Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdessadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

**Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
traitement au Laser**



الدكتور  
الصادق فهد

إختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : 19/04/2021

**Mr Nory Said**

**VISION EXPERT**  
El Futuro Optician  
Optométrista  
Mila 5, Rue 37 N°12 Cile Diamón  
Acahuatlán - Tel: 05 22 29 15 88

Lunettes pour VL et VP (Verres + Monture)

OD : +0,25 (95° -0.5)  
OG : +0,25 (90° -0.25)

OD : add+2.25  
OG : add+2.25

**Dr. Essi Vokri Fand**  
Ophthalmologist  
Griboab IIIA, Km. 7, 8d Baamrangi  
Alm-Sbaa-CASA / Tel: 0522 76 75 50

*ms. 9900*

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيميا البرنوصي)

**Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aîn Sbâa - Casablanca**

**E-mail : fahdessadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/06 39 89 73 38**

VISION  EXPERT

Lunetterie-optométrie-lentille de contact

Facture N° : 109/2021

Client (e) : NORY Said

Casablanca : 26/04/2021

DIVISION EXPERT  
 Optométrie  
 Casablanca - Rue 37 N°12, Cite El Youssef  
 Tél.: 05 22 26 11 11

DESIGNATION	QUANTITES	MONTANTS UNITAIRES TTC (DHS)	TOTAL TTC (DHS)
monture opt. e	01	500,00	500,00
Venes art. e progressif org. e Antireflets Venu lux	02	2250,00	4500,00
TOTAL TTC			5000,00

Arrêter la présente facture à la somme de : ... cinq mille ...

Mode de paiement espèce

	S	CY
OD	+0,25	-0,50
OG	+0,25	-0,25
ADD		+0,25

ICE : 000941540000083 - RC : 377318 - PATENTE : 37411673

IF : 49016648 - Le code INPE : 095003471



DIVISION EXPERT  
 Optométrie  
 Casablanca - Rue 37 N°12, Cite El Youssef  
 Tél.: 05 22 26 11 11