

## 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

- Réclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-632920

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13335 Société : RAM 75551

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAMZAHA FAZIMA

Date de naissance : 12/08/1997

Adresse : CMN Unité SUP 3. NO 103 MARRAKECH

Tél. : 0651617823 Total des frais engagés : 1250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur JELLAB BADR**  
OPHTALMOLOGISTE  
Av. Yacoub El Mansour, Résidence  
Yacoub El Mansour B, 3ème étage  
Marrakech - Tél : 05 24 62 22 23

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 23 / 06 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
24/05/2019	CS		250,00	Dr. Yacoub El Mansour, Résidence Yacoub El Mansour B, 3ème étage Marrakech - Tel: 05 24 42 21 23

[illegible]

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

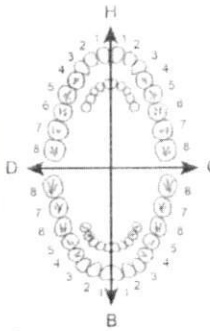
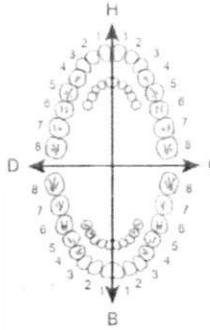
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>CLINIQUE EL FATH</b> Bloc Moudiboukita Bloc (J) N°83 - CASABLANCA Tél : 05 21 37 7982	16/06/81					1000,00 DH

# 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 canalaires, 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"/>
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>              25533412              00000000           </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>              01433552              00000000           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>              00000000              35533411           </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>              00000000              11433553           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Diplôme d'université en neuroophtalmologie université Paris VI  
Diplôme d'université en chirurgie réfractive - université de Brest  
Ancien Medecin interne du CHU mohamed VI Marrakech

دبلوم جامعي في طب العيون العصبي - جامعة باريس VI  
دبلوم جامعي في جراحة العين بالليزر - جامعة بريست  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

**ORDONNANCE**

**24 mai 2021**

**Mme LAMZAHRA Fatima**

Monture + verres correcteurs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = -0.75 (-1.25 à 5)

OG = -0.25 (-1.25 à 10)

**OPTIQUE EL FATH**  
Bd. Moudiboukita Bloc (J)  
N°83 - CASABLANCA  
Tél : 06 47 977 982

**Docteur JELLAB BADR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Av. Yacoub el Mansour, Résidence  
Yacoub el Mansour B, 3ème étage  
Gueliz - Marrakech - Tél : 05 24 42 21 23

# OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeita, Bloc (J) N° 83  
Casa - GSM : 0661 97 79 82  
Patente : 36616616



# نظارات الفتح

شارع موده بوكيتا بلوك "ج" رقم 83  
الدار البيضاء - المحمدي : 06 61 97 79 82  
الطابطة : 36616616

FACTURE N° 005368

Casablanca, le : 16/06/2021

M: LARZAHRA Fatima

N° de Nomenclature :

Docteur : Jellab Bader

Monture: metal 400.000

Verres: organique Antiscabets

VL: Filter anti-lumière bleue

OD: 0.75 / 2.2 / 5.5 300.000

OG: 0.2 / 2.2 / 1.2 300.000

VP:

OD:

OG:

Total : 1000.000

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

IF : 40178251

RC : 377480

ICE:0008056000089

IMP. 001819152

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Moudiboukita Bloc (J)  
N°83 - CASABLANCA  
Tel : 06 61 977 982