

## 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° W21-624871

78939

par courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SOUSST LAHoucine

Date de naissance : 30/6/1946

Adresse : Rue Moulay Abde Lhadjel n° 7 Hay EL Hassani

Laayoune

Tél. : 06 67 19 73 83

Total des frais engagés : 2200

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/6/2021

Nom et prénom du malade : SOUSST LAHoucine

Age : 30/6/1946

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : VUE de Refraction

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 : Laayoune

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-624871

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 : 3462

Nom de l'adhérent : SOUSST LAHoucine

Total des frais engagés : 2200 DH

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
11.06.21	C.S.		250,00	INF : <input type="text"/> INPE : 021208723

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ADIL OPTIQUE</b> <b>OPTICIEN OPTOMETRISTE</b> N° 17 Av. Dr. Boukraa 05 28 88 24 74 - Laayoune	21-6-2024	1950,00 DH

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

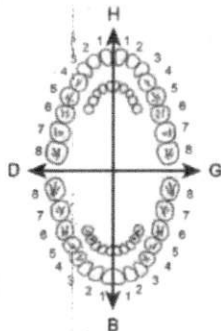
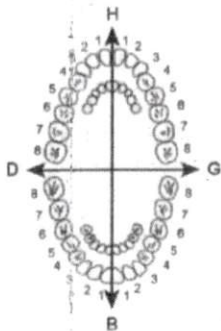
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 : <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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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

**Docteur Amine MAMI**  
OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phaco  
Maladies de la rétine  
Glaucome  
Chirurgie réfractive  
Chirurgie des paupières  
et des voies lacrymales



**دكتور أمين مامي**  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة الجلالة (بالليزر)  
أمراض الشبكة  
داء الزرق (ضغط العين)  
تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الجفون ومسالك الدموع

**ORDONNANCE**

*facteur*

*11.06.21*

Mr. SOUSSI Lahoucine

- C2: consultation spécialisée = 150 Dh
- +
- K20:
  - o gonioscopie + pachymétrie + tonométrie
  - +
  - o Examen de la périphérie rétinienne :
  - o 100 dh

Reçu en espèces la somme de deux cent cinquante dirhams.

Dr .....

**Docteur Amine MAMI**

**OPHTALMOLOGISTE**

Chirurgie de la cataracte par phaco  
Maladies de la rétine  
Glaucome  
Chirurgie réfractive  
Chirurgie des paupières  
et des voies lacrymales



**دكتور أمين مامي**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة (بالليزر)

أمراض الشبكة

داء الزرق (ضغط العين)

تصحيح البصر بالليزر

جراحة الجفون ومسالك الدموع

## ORDONNANCE

11 juin 2021

**Mr. SOUSSI Lahoucine**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 0.75 à 125°)

OG = + 2.25 (- 0.75 à 110°)

VP : ODG = Add : + 3.00

ADIL OPTIQUE  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
N° 17 Av. D. S. 4<sup>ème</sup> Etage (Im. Boukha)  
TEL 05 28 99 24 14 LAAYOUNE

محج محمد السادس ( شارع السمارة ) عمارة رقم 84 الطابق الثاني ( أمام مستشفى الحسن الثاني )، العيون

Bd mohammed VI (ESSMARA) Immeuble N°84 2<sup>ème</sup> étage (en face hôpital hassan II ), LAAYOUNE

Tél : 0528 99 25 25 / 0671 66 06 10 - Email : docteur.mami.ophtalmo@gmail.com



ADIL OPTIQUE

ICE : 00192096000091

IF : 20767389

TP : 77329042

RC : 61846

## Facture

Facture N° : 19932 / 2021

Facture du : 21/06/2021

025015777

Client :

025015777

LAHOUCINE SOUSSI

Catégorie	Désignation	PU HT	Sous Total
VERRE	PROGRESSEF OR BLANC 1.56	1 600,00	1 600,00
MONTURE	METAL	350,00	350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Montant Total

MILLE NEUF CENT CINQUANTE DHS

1 950,00