

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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

- 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



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040530

NO: 88556

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JERBARI ABDEKATIF

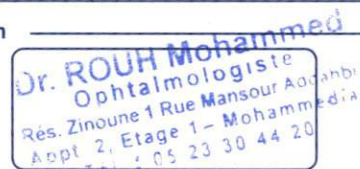
Date de naissance : 31/12/1970

Adresse :

Tél : 0661372643 Total des frais engagés : 5200,00 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2021

Nom et prénom du malade : JERBARI ABDEKATIF Age : 50 ans

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





[illegible]

Dr. ROUH MOHAMMED  
Ophthalmologist  
Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Adallah  
Appt 2, Etage 1 - Mohammadi  
Tel: 4 05 23 30 44 20

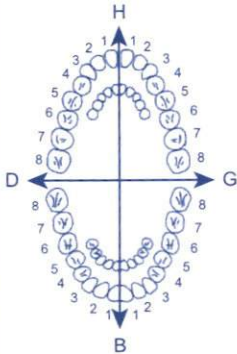
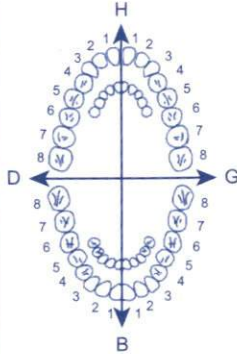
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

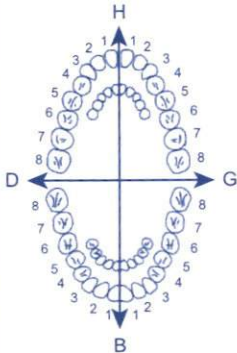
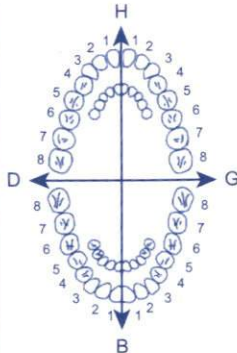
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<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"/>														

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				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'ÉVEIL

# OPTIQUE EL FATH



Bd. Moudibokeïta, Bloc «j» N° 83  
Casa - GSM : 0661 97 79 82  
Patente : 36616616

# نظارات الفتح

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83  
الدار البيضاء - الحمول : 06 61 97 79 82  
الطابقت : 36616616

FACTURE

N° 0024285

IF: 40178251

RC: 377480

ICE: 00080560000089

Casablanca, le : 10/10/2021

M: ZEBBARI ABDELLATIF

N° de Nomenclature :

Docteur : Dr. Mohammed

Monture:

opt. fine

1500

Verres:

progressif organ. fine

3500

VL:

OD:

(-1.50 -0.75)

OG:

(-1.25 -1.42) +0.50

VP:

OD:

A: +2

OG:

A: +2

Total :

5000

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Dr. Hillel Ben  
payé en espèces

OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeïta

Bloc "j" N° 83 - CASA



## أخصائي أمراض وجراحة العيون

\* طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

\*رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي عبد الله سابقا.

08/10/2021

Le-BBAR: Abklo-tif

112 \_\_\_\_\_ ts de

$$OD = (-1, 50 \text{ at } 43^\circ)$$
$$v_0 = +0,50 \quad (-1,25 \leq 149^\circ)$$

Eg 1 \_\_\_\_\_ 15 sp

FATH

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Moudibekelta  
Bloc "1" N° 88 - CA

Rehman

× Venus progresses  
at 12 ft

Dr. KOUH Mohammed  
Ophthalmologist  
es. Zineune 1 Rue Mansour Addahbi  
apt 2, Etage 1 - Mohammedia  
Tel 4 05 23 30 44 20

إقامة زينون 1 زنقة منصور الذهبي الطابق الأول الشقة 2 - المحمدية  
Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi Appt. 2 Etage 1 - Mohammedia  
Tél. : 05 23 30 44 20