

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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](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)

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° P19- 0040521

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JEBBARI ABDELLATIF

Date de naissance : 31/12/1970

Adresse : 39 Rue EL YASSINE HAY ERRAHA

APT 7 CASA

Tél. : 0661372643 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ROUH Mohammed  
Ophtalmologiste  
rés. Zinoun 1 Rue Mansour Addahbi  
Appt 2, Etage 1 - Mohammedia  
Tél. : 05 23 30 44 20

Date de consultation : 26/01/2022

Nom et prénom du malade : JEBBARI ABDELLATIF Age :

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

Nature de la maladie : Affection 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 : Le : 02 FEB. 2022

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



# 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
26/11/79	CS		250 DH	<i>J. ROUH Mohammed</i> Ophtalmologiste rés. Zinoun 1 Rue Mansour Aoudat apt 2. Etage 1 - Mohammed tél : 05 23 30 44 20

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM    PC    IM    IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

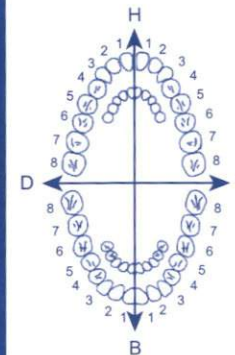
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

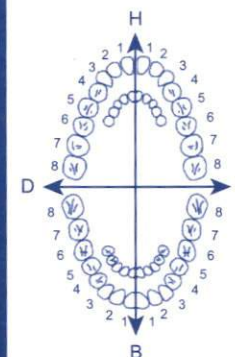
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**Dr. ROUH Mohammed**  
**Ophtalmologiste**



**الدكتور الروح محمد**  
أخصائي أمراض وجراحة العيون

- \* Ancien Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
- \* Ancien Medecin Chef du Service d'Ophtalmologie à l'Hopital Moulay Abdellah.

- \* طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- \* رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي عبد الله سابقا.

Mohammadia Le : ..... 26/11/2022 ..... في المحمدية

J F B B A R i D<sup>e</sup> A N N I R

11 L ..... etts VL

.....

OD = - 6,75 (- 2 à 1°)

OC = - 2 (- 1,75 à 161°)

**Dr. ROUH Mohammed**  
**Ophtalmologiste**  
Rés. Zinoun 1 Rue Mansour Addahbi  
Appt 2, Etage 1 - Mohammedia  
Tél. : 05 23 30 44 20

*Signature +*  
*Vous saluez*



# Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture N° : 004793

Date : 02/02/2022

Mr : JEBBARTAMIR

Docteur : ROUH OCHAMPEO

Type des Verres : Lenses organiques simple  
brayer super antireflets et super fin

1800 DH

Monture : Plastique

9500 DH

\* Vision de Loin:

OD Axe 10 Cyl -2.00 Sph 275 9000 DH

OG Axe 16° Cyl -4.75 Sph -2.00 9000 DH

\* Vision de Prés:

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Add :

INP = 091058394

Montant : ESPECE 3300 DH

Arrêtée la Présente Facture à la somme de

trois cent cinquante

N° 425 Centre Ville Bd. Anglais - Casablanca  
ICE 001834000001810 IF: 018345 R.C: 242426  
T.P: 023451 Patente: 30057211