

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-676361

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8981

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

OUASSOU ABDEL LAH

Date de naissance :

30/11/71

Adresse :

297 BOUSKOUHA GOLF CITY VILLE VERTE  
CASABLANCA

Tél. :

0661099056

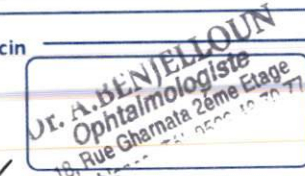
Total des frais engagés :

2350,00 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/12/2021

Nom et prénom du malade :

OUASSOU ZINEB

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

MYOPIE

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 : 16/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
18/12/2021	cs	1	250,00	INP : 010227778

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

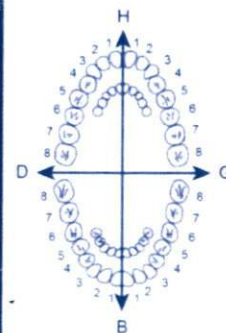
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

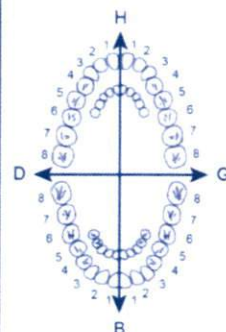
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE GHILAKAM 1, Bd Ibn Rachine N° 452 - Casablanca	29/12/2021					2100,00

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

# OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Bno Tachfine Hakam 1  
N°454 - EL Hay Mohammédi - casa

Tél : 06 69 00 97 58

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



0000503

## نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

الرقم 454 - الحي المحمدي

الهاتف 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا 32825428

Ordonnance de M.le Docteur : .....

N° DE nomenclature .....

Correspondant à la prescription .....

LOIN	O.D. : <u>4.52</u>	PRES	O.D. : .....
	O.G. : <u>4.52</u>		O.G. : .....

## FOURNITURE

Monture : Optique

Foodler

Verres : ARMA ORGANIQUE

1400dr.

ANTIreflect

Etuais : .....

Total : .....

2100dr.

Deux mille cents dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de

Csablanca, le 29/12/2021

M. ou Mme : Zineb OUAJJO

OPTIQUE GHITA

Opticien Optométriste

Hakam 1, Bd Ibn Tachfine

N° 454 - Casablanca

Tél : 06 69 00 97 85 - GSM : 06 69 00 97 85

ICE : 001789511000067 - IF : 40151582 - RC : 37 20 42 CNSS : 173923031

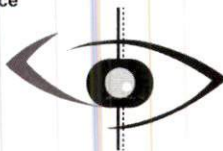


Docteur Aziz Amine BENJELLOUN  
OPHTALMOLOGIE-CHIRURGIE

Diplômé des Universités de Paris-ile-de France

Ancien attaché aux hôpitaux HÔTEL-DIEU  
ET BROUSSAIS-PARIS

ANGIOGRAPHIE-LASER-STRABISME  
LENTILLES DE CONTACT



الدكتور عزيز أمين بنجلون

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات  
تخطيط الأعيرة، لأزر

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 8/12/2021 في الدار البيضاء،

Libre OVAJIOU

OPTIQUE CHITA  
Opticien Optométriste  
Hakam, Bd. Ibn Tachfine  
N°452 - Casablanca  
Tél: 05 22 48 70 77

Description de l'acte  
Verres + monture

VL 086 - 1,50

amblyopie

Dr. A. BENJELLOUN  
Ophtalmologue  
18, Rue Gharnata - 2ème étage  
Casablanca - Tél: 05 22 48 70 77