

## 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° W21-712204

119285

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8232 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : O. D. Ghiri Mouty Briss  
 Date de naissance : 15/07/67  
 Adresse : 57 rue 35 Lt Ansimon East  
 Tél. : 0661312755 Total des frais engagés : 7089 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/2022  
 Nom et prénom du malade : MOUAKKE. M. N. M. Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 16/07/22  
 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 attestant le Paiement des Actes
06/02/2019	SK	1	200,00	INF: 09/12/13 524

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 B. G. L. M. Tél: 022 27 94 56 C Tél: 022 34 70 320 Pat: 34 70 320	16/5/22		189,10
		0920369558	

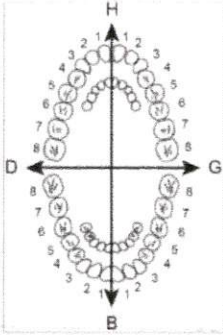
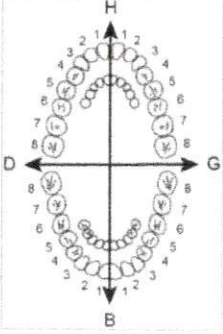
[illegible]

# 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 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> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <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			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



**Docteur Fouad NCIRI**  
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux  
Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II  
Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور فؤاد النعصيري

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جريج كلية الطب بوردو فرنسا  
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

**Spécialiste des Glaucomes**  
**Chirurgie Vitreo - Rétinienne**  
**Chirurgie cataracte par Phako-émulsification**

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Casablanca, le:

الدار البيضاء في:

ATLAS OPTIQUE  
LYNX OPTIQUE  
Nadine COHEN  
OPTICIENS DIPLOMES  
N° d'autorisation 1091 - Identifiant INPE : 2351914 - TVA : 81426848  
RC: 72317 - CNSS: 2351914 - IF: 1000956 - TEL: 00151508400057

16/17/18

MONTAGNE

Essence  
Coulant

St. Pierre  
(Généraliste)

(100 - 1) € 1,00

(80 - 1) € 1,00

Naabate

Matelouline

Nasab

189.10

NAABAK 4,9%

Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouiri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUÏ



6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol collyre, 5 ml

AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV

PPV : 30,10 DHS

LOT: GA10454

PER: 08/2023

PPV: 75 DH 00

SARL ATLAS OPTIQUE  
LYNX OPTIQUE  
8, rue Assaad Ibn Zerrara Maarif  
20000 CASABLANCA

Tél : 0522992288  
Fax : 022992287

Mme MOUAKITI MERYEM

FACTURE N° F22/2114 DU 27/05/2022

Bénéficiaire : MOUAKITI MERYEM

Date de naissance :

N°Sécurité Sociale :

Assuré :

RO : ()

RC :

Prescripteur :

Identifiant :

Ordonnance du :

Corrections :

VL D. Sph: 0.00 Cyl: +1.00 Axe: 10° Add: +2.50

VL G. Sph: 0.00 Cyl: +1.00 Axe: 170° Add: +2.50

Cat	Désignation	Qté	Montant Brut TTC	Montant Remise	Montant Net TTC	Code LPP	Base SS	RO	RC	Part Client
VER	ESSILOR LN OPTIC MF VARILU X PHYSIO 1.5 ORMA CRISAL AL IZE Org 65/70	1	2200.00	94.97	2105.03	2227038				2105.03
VER	ESSILOR LN OPTIC MF VARILU X PHYSIO 1.5 ORMA CRISAL AL IZE Org 65/70	1	2200.00	94.96	2105.04	2227038				2105.04
MON	LUXO ITALIE VERSACE VE 330 6 5339 T52 ROSE TRANSP	1	2550.00	110.07	2439.93					2439.93
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>6950.00</b>	<b>300.00</b>	<b>6650.00</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>6650.00</b>

ATLAS OPTIQUE  
LYNX OPTIQUE  
Nadine COHEN  
OPTICIENS DIPLOMES  
N° Autorisation 1091 - Identifiant INPE 095007548  
RC: 72311 CNSS: 351914 - TVA 814261  
Pte 35701881 IF 1000096 ICE: 00151508400005

Total Net HT 5541.67 Dh  
Taux TVA 20.00 %  
Montant TVA 1108.33 Dh  
Total Net T.T.C. 6650.00 Dh

Part Client 6650.00 Dh  
Acomptes & Règlements 6650.00 Dh  
Solde restant dû 0.00 Dh

AUTORISATION 1091 RC 72311 ICE 001515184000057 INPE 095007548

Nos lunettes peuvent être échangées dans les 3 jours après l'achat, article en bon état.

Aucun remboursement n'est possible dans le magasin, uniquement un avoir valable 1 mois

Les montures ne sont pas garanties contre la casse ou les rayures, uniquement contre les défauts de fabrication