

## 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 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

- Reclamation : 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° W21-768143

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10350 Société : TRAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ND 134669

Nom & Prénom : EL HANI ABDELHAK

Date de naissance : 07-06-67

Adresse : .....

Tél. : 0666565562 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOUSSAOUI Karima  
Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux  
277 Bd. Abou Chouaib Doukkali 1e. Etage  
Sidi Maârouf IV Casa. Tél.: 05 22 82 68 12

Date de consultation : 22 / 10 / 2022

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : VI Ce de l'œil

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) : ..... N°

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-768143

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 : 20042500


Nom de l'adhérent(e) : HASM

Total des frais engagés : .....

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
22/10/2022	CS	20004		INP : 

Dr. MOUSSAOUI Karima  
Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux  
107 Bd. Abou Ghazala Doukkali 1e. Etage  
30500 Maârouf IV Casa. Tél. 05 22 62 68 62


# 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	
	22/10/2022					20004

# VOLET ADHERENT

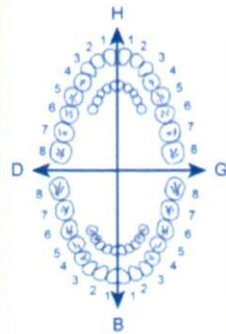
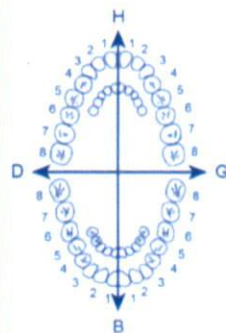
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Docteur Moussaoui Karima

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Cataracte ( Phacoemulsification )

Chirurgie des Voies Lacrymales

Lentilles de Contact-Strabisme

Angiographie - Laser



الدكتورة موسى كريمة

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

جلالة بالليزر جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة - الليزر

رأديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 22/01/2022 في الدار البيضاء.

Je certifie soussigné  
Hani Oulkesi IDIRI  
Lella. HANNAE

— lute — P —

OD; — 9,50

OR — 1,75

نظارات نجاة

OPTIQUE NAJAT

بيع إصلاح جميع النظارات الطبية

شارع موديبوكينا بلوك ج - رقم 57

الدار البيضاء - GSM 06 70 65 32 28

Dr. MOUSSAOUI Karima  
Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux  
237 Bd Abou Chouaib Doukkali 1<sup>er</sup> Etage  
Sidi Maârouf IV Casa. Tél.: 05 22 82 68 12

سيدي معروف الرابع ( الزنقة 15 ) الرقم 237 شارع ابوشعيب الدكالي الطابق الاول

237, Bd - Abou Chouaib Doukkali - 1<sup>er</sup> Etage Sidi Maârouf IV ( Rue 15)

Casablanca - Tél. : 05.22 82.68.12 : الهاتف - الدار البيضاء

IF : 45304040 - ICE : 00184490000013 - INPE : 091114546



# OPTIQUE Najat

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J

N° 57 - Casablanca

Patente N° 36616612



## نظارات نجاة

بيع و إصلاح النظارات

شارع موديبوكيتا بلوك (ج)

رقم 57 - الدار البيضاء

الباتنتا : 36616612

### FACTURE

N° 001117

M :

Casablanca, le :

22/10/2022

Doit

N° de Nomenclature :

Letter hassan

Docteur :

Monture :

Verres :

VI :

OD :

OG :

VP :

OD :

OG :

Total :

Arrêtez la Présente Facture à la somme de :

payé