

## 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° W21-774253

141974

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12506 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL TIRAGET FOJAD

Date de naissance : 04/12/1983

Adresse : 111 CASAGRAN TOWN VILLE VERTE

Tél. : 0661 06 5881

Total des frais engagés : 3400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2022

Nom et prénom du malade : Bouleja Aicha Age :

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

Nature de la maladie : Oubli

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 : 09/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-774253

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie ALILE OPTIQUE Opticien Optométriste Rue Jana Houcine 2000 Tél: 05 22 20 21 98</p>	06/12/22	34500dh

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
		A M	P C	I M	I V	

\* 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 :

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

SOINS DENTAIRES


Q.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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**GALILEO**  **ptique**

Votre Vision est unique, Notre Service aussi

Le 06/12/22

Mr / Mme : BOUGJA AICHA

**Facture Acquittée** N° 221513

Monture : 2000dh  
organeque Antiréflex bleu

O.D. : 700dh plan (-0.25 a 50°)

O.G. : 700dh plan (-0.25 a 170°)

---

Total : 3400dh

**GAUTIER OPTIQUE SARL**  
**GALILEO OPTIQUE**  
Opticien Optométriste  
20 Rue Taha Houcine 20000  
Tél: 05 22 20 21 98

Page en 2 pla  
20, angle Rue Taha Houssine  
et Mustapha Manfalouti  
Gauthier - Casablanca  
Tél. : 05 22 20 21 98  
galileo\_optique@yahoo.fr  
ICE : 001536168000082  
INPE : 095009627

**Docteur Chakib BAKKALI**

**Ophtalmologiste**

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée) - Gauthier

20 060 Casablanca

Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

**الدكتور شبيب بقاللي**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

32. زقة طه حسين (ثغلي سابقا) - ثغوتي

20060 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الفاكس : 05 22 47 13 75

Casablanca, le 05.12.2022 في الدار البيضاء،

Mme. BOUGA Aicha

Monture pour vision de loin + verres correctifs  
Dysamblyes Antireflets :

OD = PLAN (-0,25 à -50)

OG = PLAN (-0,25 à -175)

GAUTIER OPTIQUE SARL  
GALILÉE OPTIQUE  
Opticien Optométriste  
20, Rue Taha Houcine 20000  
Tél: 05 22 20 21 98

Docteur Chakib BAKKALI  
OPHTALMOLOGISTE  
32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée)  
Gauthier - Casablanca 21.000  
Tél. 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75