

## 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Nº W21-765043

43 142508

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>4932</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Asdellhamid</u>
Nom & Prénom : <u>ZAGHO Asdellhamid</u>			
Date de naissance : <u>19-06-1963</u>			
Adresse : <u>N° 11 Rue 187 Groupe F</u>			
E.I.B.A.FA <u>ESSA</u>			
Tél. : <u>06 61 68 60 32</u>	Total des frais engagés :		<u>2000,00</u>
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<b>الدكتور (السريري) سعفان</b> متخصص في أمراض وجراحة الوجه 54 - شارع ولد بوعنون - الدار البيضاء 011 15 01 15 01 045 - 052 88 75 38 - 3044		
Date de consultation :	30/09/22		
Nom et prénom du malade :	BA GHO Rayam	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Anomalie de Rebaghane		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : WASA

Signature de l'adhérent(e) :

— 10 —



RELEVE 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
30/09/22	C		20000 UNPE : 091169292	DR. ناصر العروسي اختصاصي في امراض وجراحة النساء شارع ابوالحسن بن علي - 34

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

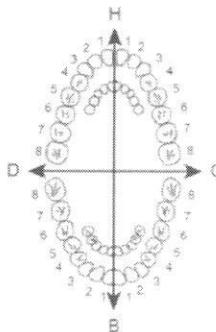
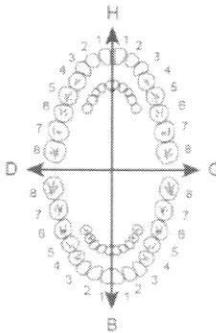
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<del>EURE VUE SARL AU PARTICIENNE OPTOMETRISTE 14 QUAI RUE 93 N° 2 HAY ANI CASABLANCA 0 22 69 31 65</del>	<u>24</u> <u>10</u> <u>22</u>				<u>180,00</u>

# RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
[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			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون  
 تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

## ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

BAGNO Nancy am

D

(Oeil droit)

G

(Oeil gauche)

Porter

Habituellement:

-3,5 (-0,75 à 175) -3,5 (-0,75 à 180)

non focalisé Bléu

Porter pour  
 la lecture :

Avec Monture

AX-Int



MEILLEURE VUE SARL AU  
 OPTICIENNE  
 OPTOMETRISTE  
 DERB ATTAAOUNE RUE 93 N° 2 HAY  
 HASSANI CASABLANCA  
 Tél: 05 22 69 31 65



Casablanca, le : 30 Sept 2022

دكتور المرولاني  
 خاصي أمراض وجراحة العيون  
 تصوير الأوعية - الليزر  
 شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو)  
 54 - بشارع واد درعة - الدار البيضاء  
 05 22 89 75 38 / 06 63 73 04 95  
 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95  
 Signature

Client n° : 480

BAGHO MARYAM

Facture client N° : 000080/2022

Médecin : EL MAROUANI MUSTAPHA

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	-3.50	-0.75	175	
O.G	-3.50	-0.75	180	

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Verre	Organique BLUEPROTECT 1.6	2	650,00	1 300,00
Monture...	Optique	1	500,00	500,00

Mode de Paiement :

Total HT :	1500,00
TVA (20%)	300,00
<b>Total TTC :</b>	<b>1 800,00</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS TTC



INPE:095020202

Cachet Casablanca, le 24/10/2022 00:00:

MEILLEURE VUE SARL AU  
OPTICIENNE  
OPTOMETRISTE  
DERB ATAAOUNE RUE 93 N° 2 HAY  
HASSANI CASABLANCA  
Tél : 05 22 69 31 65

Adresse : Derb ataaoune rue93 n°2 hay hassani casablanca Casablanca TEL : 0522693165  
Email : meilleurevue@hotmail.com ICE : 002032364000042 CNSS : 5667243 RC : 398453 Patente : 35000337 IF : 25049835