

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-445533

146526

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8638 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL GUERGACI SKENDER  
 Date de naissance : 31.03.72  
 Adresse : HABITUELE  
 Tél. : 0663 762203 Total des frais engagés : 4479,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 09/12/2022  
 Nom et prénom du malade : EL GUERGACI SKENDER Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : vice de refraction - Conjonctivite  
 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 : 12/12/23



# 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
29/12/22	0522 85 25 12		300,00	INP : 09M56976 Dr. Meryem ALAMI KAMOURI Ophthémodiplologue 117 Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome Casablanca - Tél. 0522 85 25 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية حيد عمارة 19 رقم الهاتف: 22.20.64	29/12/22	179,00 DH

## 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	
Dr. MAREF Sidi Moutouf 4 0522 85 53 69 0522 85 67 90	29/12/22					4000,00

### VOLET ADHERENT

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

		COEFFICIENT DES TRAVAUX																							
		MONTANTS DES SOINS																							
		DEBUT D'EXECUTION																							
		FIN D'EXECUTION																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
		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

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Phakoémulsification - Chirurgie Réfractive

Lentilles de Contact

Angiographie Numérisée - Laser



الدكتورة مريم العلمي إلموري

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب ببوردو

تقويم الرؤية بالليزر

العدسات اللاصقة

رأديو الشبكة - الليزر

جراحة الجلالة

Casablanca, le 29 Décembre 2022 في الدار البيضاء،

Mr. EL GUERGAAI Skender

1/ XILOIAL MONODOSE :



0330922  
2025 09  
179,00

1 goutte 4 fois / jour et à la demande pendant 1 mois, les deux yeux

صيدلية جيت سكين  
عمارة 19 رقم 2  
الهاتف: 05.28.32.20.64

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI  
Ophthalmologiste  
117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome  
Casablanca - Tél. 0522 85 25 12



Dr. Meryem ALAMI KAMOURI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Phakoémulsification - Chirurgie Réfractive

Lentilles de Contact

Angiographie Numérisée - Laser



الدكتورة مريم العلمي القموزي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب ببوردو

تقويم الرؤية بالليزر

العدسات اللاصقة

راديو الشبكة - الليزر

جراحة الجلالة

Casablanca, le 29 Décembre 2022 في الدار البيضاء،

Mr. EL GUERGAAI Skender

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL :

OD = + 1.75 (- 0.50 à 170°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 5°)

VP :

ODG = Add : + 1.75

OPTIC MARFOUR  
126, Rue 1<sup>er</sup> Sidi Madrouf 4  
Casablanca - Tél: 0522 85 53 69  
0522 85 61 90

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI  
Ophthalmologiste  
117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome  
Casablanca - Tel: 0522 85 25 12

# نظارات مرفوق

## LUNETTES MARFOUK

### OPTICIEN

N° 02371

Vente et Réparation  
toutes sortes de Lunettes

CASA, LE : 17-01-2023

N° R. C. 145.942 "Bis"

Sidi Maârouf 4 - Rue 1

N° 126 Bis - Casa

M. EL GUERGLANI Tél.: 06 64 18 48 37 / 06 12 14 38 80

SKENDER

DOCTEUR MERYEM ALAMI KAMOUZI		
NOMENCLATURE N° 522		
OD : CYL	SPH 170 - 050 + 175	1500,00
OG : CYL	SPH 5 - 050 + 175	1500,00
VP. OD : CYL	SPH	} ADD = + 175
OG : CYL	SPH	
VERRES PROGRESIF ORGANIQUE AR		
MONTURE	PLASTIC	1000,00
FACTURE ARRÊTÉ A LA SOMME DE		
quatre mille Dirhams		4000,00

OPTIC MARFOUK  
126 Rue Sidi Maârouf 4  
CASA Tél: 06 64 18 48 37  
06 12 14 38 80

O

D

O

G

90

90

ICE = 002009483000036