

# 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 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

M22- 0041844

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : R.A.M. 146760  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHIZZOU LANCEN  
 Date de naissance : 1960-1-1  
 Adresse : SIDI MAAROUF TAJ ZIAT CHARIF  
 N° 98-CA 8  
 Tél. : 0664062290 Total des frais engagés : 464,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 23/01/2023  
 Nom et prénom du malade : KHIZZOU LANCEN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 23 JAN 23


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
23/01/23	C		3000 DH	Dr. BOUZIANE Image attestant le Paléontologiste des Actes Ophtalmologiste Panorama Office, IMM 13.1 Etage, Bureau 2 Bd. Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DAOUSSI</b> Dr. DAOUSSI RACHID 35, Lot. Al Othmanila Sidi Maarouf Casablanca Tel. : 05 22 58 30 94	23/01/2023	144,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

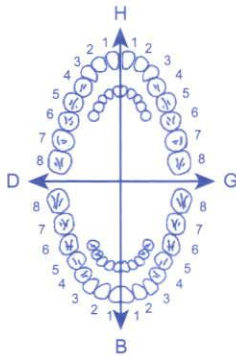
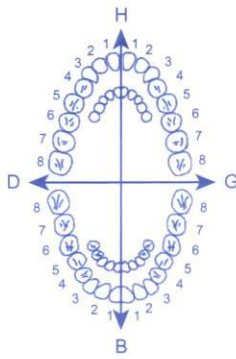
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <b>LUNETTES ANNATHE</b> Rue 3, LUNETTES ANNATHE	25/01/2023					2209,00
						P.H

# 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	
					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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div>H</div> <div>2553341221433552</div> <div>0000000000000000</div> <div>D0000000000000000G</div> <div>3553341111433553</div> <div>B</div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				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

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de  
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et  
pathologies rétiniennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين  
بباريس - فرنسا

ORDONNANCE

23 janvier 2023

Mr. KHIZZOU Lahcen

VISMED



une goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

144,10



Dr. BOUZIANE Imane  
Ophthalmologiste  
Panorama Office, Immeuble 13, 1<sup>er</sup> étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1<sup>er</sup> étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665



# LUNETTES ANNAKHIL

# نظارات النخيل

N° 001966

NOM : KH2200

DATE : 26/04/2023

PRENOM : LAMCEN

- DOCTEUR IMANE BOUZIANE

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE 69° CYL -0,50 SPH +1,25

900,00

VL

OG : AXE 75° CYL -0,75 SPH +1,25

900,00

Add : { OD : +2,75  
OG :

~~LUNETTES ANNAKHIL  
Rue 3, 192 Essalam  
Casablanca~~

Verres ANTIREFLTS, B Per

Monture OPTIQUE

400,00

Facture Arrêtée à la somme de :

DEUX MILLE

DEUX cent DH

2200,00

رقم 192، زنقة 3 السلام - الدار البيضاء - الباتنتا : 34721616

N° 192 - Rue 3 Essalam - Casablanca

Patente : 34721616 - I.F. : 40150760 - Ice : 001845860000089



ORDONNANCE

23 janvier 2023

Mr. KHIZZOU Lahcen

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.25 (- 0.50 à 69°)

OG = + 1.25 (- 0.75 à 75°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

Dr. BOUZIANE Imane  
Ophthalmologiste  
IMM 13, 1<sup>er</sup> étage  
Bureau 2, Bd Abou Bakr El  
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Projet Panorama Office