

# 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

N° M21- 065016

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : WARID BOUAFZA

Date de naissance : 1945

Adresse : AIN CHIRAT Rue 1 N° 80 CASA

Tél. 06 95 37 25 53 Total des frais engagés : 2529,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E.  
Ophtalmologiste  
315 Bd Al Fida (en face Kissanat Manja)  
1er Etg - Casablanca INPE 091164939  
Tél 0522 83 23 32 / 0522 83 23 33

Date de consultation : 3 MARC 2023

Nom et prénom du malade : WARID AICHA Age : 63 ans

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

Nature de la maladie : Vice de réfraction + 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 : CASA Le : 13 / 03 / 23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 attestant le Paiement des Actes   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3 Mars 2023     |                   | -                     | 250,00                          | Dr EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E<br>Ophtalmologiste<br>315 Bd El Fida en face Kissanai Manja<br>1er Etg - Casablanca INPE 091164939<br>Tel: 0522 83 23 37 / 0522 83 23 38 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE AZROUR</b><br>Mme AZROUR Fatima<br>792, Bd El Fida ( Hay El Farah )<br>Tel: 0522 81 16 36 - CASA 20550 | 13/03/23 | 79,00                 |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# 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 |                                 |
|                                  | 14/05/23       |        |    |    |    | 250,00                          |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      |             | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           | H  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | D  | G                    |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | B  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E

OPHTALMOLOGISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
LASER ANGIOGRAPHIE



الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

INPE :   
091164939

Casablanca, le :

13 MARS 2023

Mr WARID AICHA

lettre pour les yeux

pure

peut

est la même

Dr EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E  
315 Bd. AL Fida (en face kissariat Manjra)  
1<sup>er</sup> étage - Casablanca - INPE 091164939  
0522 83 23 32 / 0522 83 18 03

صيدلية أزور  
PHARMACIE AZROUR  
Mme. AZROUR Fatima  
792, Bd El Fida ( Hay El Farah )  
Tél: 0522 81 16 36 - CASA 20550





**refreshing eye drops for irritated eyes**  
**10 ml bottle**

**LOT**PPC  
DHS

0191221

2024 12

79,00

### **Description**

The refreshing, soothing and calming qualities of Camomile, Euphrasy, Witch-hazel and Cornflower relieves redness caused by environmental elements such as wind, sun, dry air and salt water, as well as smoke, excessive light, sports or visual fatigue due long periods using a computer.

### **Composition**

Camomile water 10%, Euphrasy (eyebright) water 10%, Cornflower water 10%, Witch-hazel water 10%, dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride; sodium edetate; WFI.

### **Instructions for use**

Put one drop of PURE into the eye by pressing slightly the container. You can repeat this administration any time you need during the day.

### **Precautions and warnings**

- do not use if the container is damaged.

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E

OPHTALMOLOGISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
LASER ANGIOGRAPHIE



الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

INPE :   
091164939

Casablanca, le : 13 MARS 2023

Mr WAKID AICHA

Vision Correcteur

OD +1,25 (-1,00 à 80)  
OB +2,50 (-1,75 à 100)

DE 3 Add + 3,00

+ 2 ans plus

MOTASSIM SIHAM  
KADER OPTIQUE  
OPTICIENNE - OPTOMETRIE  
404, Av. Abdellah Sedjaji Drissia 1  
Tél 0522 28 70 73 Fax 0522 80 18 36  
Casablanca

Dr EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E  
315, Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA)  
Tél 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03

404, Av. Abdellah Senhaji  
Idrissia 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 28 70 73  
Fax : 05 22 80 18 36

# KADER OPTIQUE

patente : 33664052  
C.N.S.S : 23561145  
R.C : 20 47 88

FACTURE

N° 4180

IF : 02520198  
ICE : 00182301700027  
INP : 095004081

Casablanca, le 14/3/2023

M. WARIO AICHA

O.D. = (-100 à 80) + 1.25 ADD. = +3.00

O.G. = (-175 à 100) + 2.00 ADD. = +3.00

Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature  
correspondants à  
la prescription

Loin { O.D. =  
O.G. =

Prés { O.D. =  
O.G. =

D.F. { O.D. =  
O.G. =

## FOURNITURE :

Montures : KAVP METAL OPTIQUE 500 DH

Verres : ULTRACOLORANQUES 1000 DH  
ANTIREFLECT  
BORGANQUES 700 DH  
BLANCS

TOTAL : 2200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille  
Deux cent Dirhams

MOTASSIM SIHAM  
KADER OPTIQUE  
OPTICIENNE - OPTOMETRE  
404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1  
Tél 0522 28 70 73 - Fax 0522 80 18 36