

## 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- 0052497

156933

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3410 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZOUI M.HAMED  
 Date de naissance : 03/02/1960  
 Adresse : 24 rue des Tabors Oasis Casablanca  
 Tél : 0661181840 Total des frais engagés : 7535,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 20/03/2023  
 Nom et prénom du malade : ZOUI Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Anémie / Id RC  
 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 : Casa Le : 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |   |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médicament attestant le Paiement des Actes |
| 20/03/2023                     | C.S               |                       | 300 dh                          |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |

**RES**

Cachet et signature du Médicament attestant le Paiement des Actes

*Dr. Ghizlane*  
*SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE*  
*39, Rue Al Fowat, n° 10, Al Maghaz*  
*Madid Extension 20370-01, Maghaz*  
*Tel: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 59*

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |   |  |
|--|---|--|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date  | Montant de la Facture  |
| <b>PHARMACIE DES ECOLES</b><br>M <sup>me</sup> <b>CHEDADI Khadija</b><br>17, Avenue Hassan II - Casablanca<br>Tél: 05 22 27 31 11<br>Fax: 05 22 27 29 00<br>ICE: 0016306100073<br><b>092067081</b> | 20/3/23<br><br><br><br><br><br><br>05/04/23 | 135,~<br><br><br><br><br><br><br>7100 = dts<br><b>ROUCHAREB BRIGITTE</b> |

BOUCHAREB BRIGITTE  
INPE

[illegible]

et signature du **BRIGITTE**  
re et du **Renard** Casanova  
**BOUC**  
69, Bd. de Paris 22 22 10  
Tel: 05 22

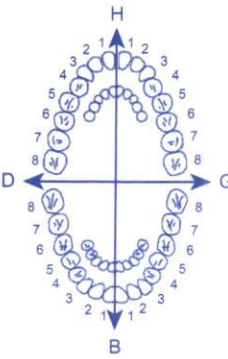
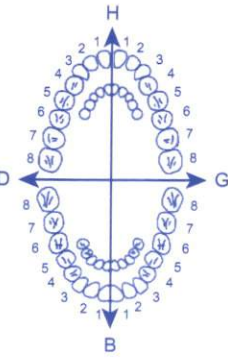
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

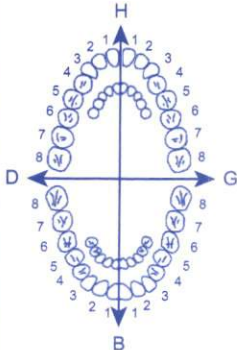
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées                                    | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|    |  |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS<br/>DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT<br/>D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN<br/>D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|    | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b> |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS<br/>DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU<br/>DEVIS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE<br/>L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412 21433552<br/> 00000000 00000000<br/> <b>D</b> ————— <b>G</b><br/> 00000000 00000000<br/> 35533411 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |  |                     |             |  |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées |  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |                      |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
|  |                   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/>  |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    | <input type="text"/> |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
|   |          | H |          |
|   | 25533412 |   | 21433552 |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
| D |          |   | G        |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
|   | 35533411 |   | 11433553 |
|   |          | B |          |

A diagram of a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both sides. The arch is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. The teeth are arranged in a semi-circle, with the central incisors at the top (1 and 2) and the molars at the sides (8 and 7). The diagram illustrates the relationship between the dental arch and the facial (H) and lingual (B) planes, as well as the left (D) and right (G) sides.

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Coefficient<br>des Travaux |  |
| Montants<br>des Soins      |  |
| Date du<br>Devis           |  |
| Date de<br>l'Execution     |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



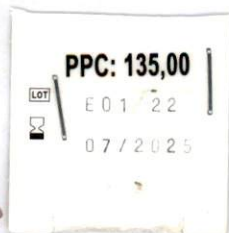
- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Réfine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحق سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على القيادة

20 mars 2023

Casablanca, le .....

Mr ZOUFFI M Hamed



135.00  
1/ EOLE DUAL COLLYRE

S.V

collyre 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



PHARMACIE DES ECOLES

M<sup>me</sup> CHEDDADI Khadija

12, Avenue Hassan II - Casablanca

Tél: 05 22 27 53 11

Fax: 05 22 29 79 08

ICE: 001625764000073

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 65 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39, زقاق الفرات - الطابق الأول, رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N10 Maarif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71





- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agréée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقه سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة - جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

20 mars 2023

Casablanca, le .....

Mr ZOUFFI M Hamed

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Amincis

VL : OD = + 1.00 (- 0.25 à 90°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 80°)

VP : ODG = Add : + 2.50

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage  
Maârif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE  
S.A.R.L. AU  
BOUCHAREB BRIGITTE  
69, Bd. de Paris - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 10

39, زقاق الفرات - الطابق الأول, رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71





Centre Optic Optométriste sarl

Brigitte BOUCHAREB

Opticienne Diplômée de Dortmund - Allemagne  
Spécialiste des Lentilles de Contact

BOUCHAREB BRIGITTE  
INPE  
095005740

Facture N° 001829

Date : 05/04/2023

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : Zoufi Thameel  
Date de naissance :  
N° sécurité sociale :  
N° d'adhérent :  
Assuré :  
Régime :

Prescrit par :  
Docteur : Chizlane oukacha  
ID :  
En date du : 20/03/2023

| Libellé                                   | Prix<br>facture | Assuré      |
|---|-----------------|-------------|
| Vh 00: +1,00 (-0,25 à 90°)                |                 |             |
| 04: +1,75 (-0,50 à 80°)                   |                 |             |
| Vp 006 = Add: +2,50                       |                 |             |
| 2 verres prog selon prescription médicale | 2x 2800         | 5600,-      |
| 1 Monture                                 | 1x 1500         | 1500        |
| Total (Dh) TTC                            |                 |             |
| NET A PAYER par l'assuré (Dh)             |                 | # 7100,- dh |

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE  
S.A.R.L. AU  
BOUCHAREB BRIGITTE  
69, Bd. de Paris - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 10

dont TVA 20% : inclus