

**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**

- 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- N° 003488**

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1449 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NASSI MOHAMMED 64551  
Date de naissance : 01/01/1943  
Adresse : 2021, BOULEVARD SINA HAYEL HANA - CASABLANCA  
Tél. : 06 59 18 78 81 Total des frais engagés : 1568,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/06/2023  
Nom et prénom du malade : NASSI MOHAMMED Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ophtalmologie  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 60  
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 : 05/06/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-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
05/06/23	R40		18000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/6/23	68.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

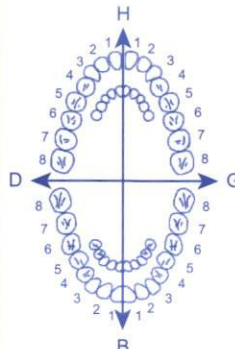
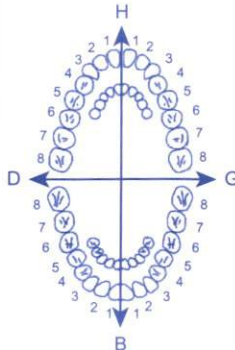
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412 21433552  00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  00000000 00000000  35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en ophtalmologie  
maladies et chirurgie des yeux  
Ex professeur à la Faculté de Médecine  
et de pharmacie de CASABLANCA  
Ex attaché au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aérospatiale

# الأستاذة لعويصي ن

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بنات (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le 5-6-23

Md 440

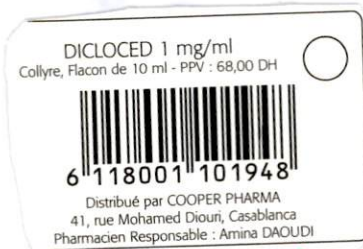
NASSI

58.00

Diclocead



18 x 31, 10



Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia, Casablanca  
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

Pharmacie SOPHIA  
Mme. Daboussi p. Sina  
214, Bd. Abdelmoumen - CASABLANCA  
Tél: 022 76 01 14

PROFESSEUR LAOUISSI NADIA  
Spécialiste en Ophtalmologie, Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CASA  
Ex. Attachée au CHU de NANTES (FRANCE)  
Chirurgie du Strabisme

CASA 05/06/2023

## Compte rendu du laser

44449

MR NASSI MOHAMED

Opacification de la capsule postérieure ayant nécessite une  
capsulotomie au laser yag sur l'œil gauche.

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tél: 05 22 99 48 00 / 05 22 99 00 15

76, bd Abdel Moumen –Résidence koutoubia ,1<sup>er</sup> étage, Casablanca Tél.  
0522994600



**PROFESSEUR LAOUISSI NADIA**

Spécialiste en Ophtalmologie, Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CASA  
Ex. Attachée au CHU de NANTES (FRANCE)  
Chirurgie du Strabisme

**Casablanca, le 05/06 /2023**

**Facture**

ml 449

**Nom et Prénom du patient NASSI MOHAMED**

**Acte : LASER YAG**

**COTATION: K40**

**Honoraire du : Pr. LAOUISSI NADIA : 1500.00Dh.**

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res. Koutoubia Casablanca  
Tel: 022-99-46-00 99 00 15

76, Boulevard Abdel Moumen - Résidence Koutoubia 1<sup>er</sup> étage Casablanca  
Télé : 022-99-46-00