

## 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

N° W21-674435

169115

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASSIDDIKI FAHMATED  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : AP 03 in LA lot ASSABAY ELJACHIA  
 Tél. : 06 99 59 95 96 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 06/06/23  
 Nom et prénom du malade : ABDOULKE IJJA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : GLOUCHE chronique  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-674435

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

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
06.04.23			270,000	INP : 001038784 Dr. NADIA ALOUSA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
LOURINI SALMA Orthoptiste Tél: 06.64.19.40.57 06.88.78.25.41 SAFI	13/04/23		champ visuel			#500 DH

VOLET ADHERENT

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

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	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
		H			H																				
		25533412	21433552																						
		00000000	00000000																						
		D			G																				
		00000000	00000000																						
		35533411	11433553																						
		B																							
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
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 . ALOUTA Nadia**

**Ophtalmologiste**

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie retinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucome

Contactologie

Diplomée du CHU ibn rochd casablanca

Diplome de contactologie du CHU bordeaux - france



**الدكتورة ألوطة نادية**

**إختصاصية في جراحة وطب العيون**

جراحة المياه البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

علاج الحول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب إبن رشد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

**Essaouira le :.....06 juin 2023**

**Mme ABOUDRARE IJJA**

champ visuel automatisé 24:2 HUMPHREY

**LOURINI SALMA**  
Orthoptiste  
Tél: 06.64.19.40.57  
06.88.78.25.41  
SAFI

**Dr. Nadia ALOUTA**  
Ophtalmologiste  
Résidence Jawharat Mogador  
Bloc D N° 6 - Essaouira  
Tel : 06 18 34 67 29 - 05 24 78 52 98

شارع العقبة - إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبالة التكوين المهني الصويرة

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

Centre d'Orthoptie

**LOURINI Salma**

Avenue Kennedy, Immeuble LOURINI 1<sup>er</sup> étage, Appartement 2. *Safi*  
0664194057 / 0688782541

SAFI, le 13/07/2023

**FACTURE n°372/2023**

**Nom:** ABOUDRARE

**Prénom:** IJJA

**Examen :** champ visuel

**Montant :** 500 DH

(CINQ CENT DIRHAMS)

**LOURINI SALMA**  
Orthoptiste  
Tél: 06.64.19.40.57  
06.88.78.25.41  
SAFI



Centre d'Orthoptie

SAFI, le 13/07/2023

**LOURINI Salma**

Avenue Kennedy, Imm. LOURINI

1<sup>er</sup> étage, App 2. Safi

0664194057 / 0688782541

Cher docteur, *L'examen du champ visuel programme 24-2 de Mme ABOUDRARE IJJA âgée de 57 ans montre au niveau de :*

**→OD : le seuil fovéal 37 dB**

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

**C/C : Le CV et le THG sont limites.**

**→OG : le seuil fovéal 37dB**

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

**C/C : Le CV et le THG sont limites.**

**Bien à vous.**

**LOURINI SALMA**  
Orthoptiste  
Tél: 06.64.19.40.57  
06.88.78.25.41  
SAFI