

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0043948

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2146 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUJIANE Lohraissine  
 Date de naissance : 01/01/1942  
 Adresse : 154 Lotissement ESSADA Ain Mezouar - Marrakech 40000  
 Tél. : 0614759143 Total des frais engagés : 2450,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : EL ENJANABI CHARIFA Age: 53  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Marrakech Le : 22/12/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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 NOV 2023	C		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BRISSE TONINE OPTICIEN OPTOMETRISTE OPTIQUE ARIMA N° 69 BIS, UNITÉ 2 TARRAGON TEL: 03 24 45 30 79	13/12/2023	2200,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

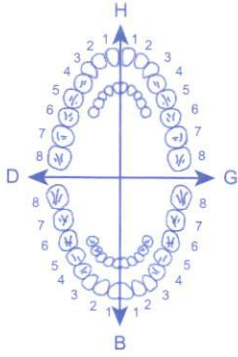
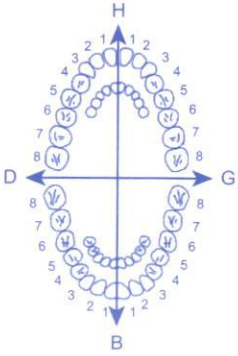
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# ARIHA Optique

N° 001864

A Marrakch Le :

Facture N°

M :

EL ENMANARI

Harifa

	Quantité	P.Unit.	P.Total
Monture	1	400,00	400,00
Verres : VL BL <input type="checkbox"/> Ar <input type="checkbox"/> PHx <input type="checkbox"/>	—	—	—
Verres : VP BL <input type="checkbox"/> Ar <input type="checkbox"/> PHx <input type="checkbox"/>	—	—	—
Verres : Prog BL <input type="checkbox"/> Ar <input checked="" type="checkbox"/> PHx <input checked="" type="checkbox"/>	2	900,00	1800,00
OD : +0,75 (-0,50 a -3,50) OG : +0,75 (-0,50 a -1,25) ADD : +2,25	Total		2200,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

Signature

OPTICIEN OPTOMETRISTE

OPTIQUE ARIHA

N° 69 BIS, UNITÉ 2 TAKADOUN

HAY DAUDIAT MARRAKECH

TEL : 05 24 05 96 79

N° 69 Bis, Unité 2 Takadoun Hay Daoudiat - Marrakech

Gsm : 06 62 60 64 83 / Tél : 05 24 05 96 79

INPE : 075009548 - N° DE PATENTE : 45338411 - ICE : 001909633000055 - IP : 30798 / 2017

IF : 20758074 - NRC : 124254



Dr Sanaa TALHA NACIRI

الدكتورة سناء طلحة الناصري

Ophtalmologiste

إخصائية في أمراض و جراحة العيون

Membre de l'American Académie d'Ophtalmologie  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Ex. Résidente à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital Antaki Marrakech  
- Ophtalmologie de l'Adulte et de l'Enfant  
- Chirurgie de cataracte par phacoémulsification  
- Strabismes - Retine - Laser - Echographie Oculaire  
- Angiographie Rétinienne - OCT-topographie cornéenne-



عضو الجمعية الأمريكية لطب وجراحة العيون  
عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون  
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى 20 أوت البيضاء  
طبيبة سابقاً بمستشفى الإطفاكي في أكش  
- طب العيون للكبار و الأطفال  
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي - العين  
- أمراض شبكية العين - الليزر  
- الفحص بالصدى الصوتي - الفحص بالأشعة تحت الحمراء  
- خريطة القرنية - عدسة لاصقة

EL ENMANARI CHARIFA

LUNETTES POUR VL

OD : +0,75(-0,50 A 35°)

OG : +0,75(-0,50 A 125°)

ADDITIF VP +2,25 ODG

VERRES + MONTURE

*Signature*

*Signature*

BRISSE TAMER  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
N° 99 BIS, RUE EL ANASSER, 2  
MAY EL ANASSER, 24 05 96 79  
MARRAKECH

إقامة الحديقة الكبرى، زنقة ابن عائشة العمارة الطابق الثاني رقم 11

Résidence Al Hadika al kobra, Rue Ibn Aïcha Imm C 2<sup>ème</sup> étage N° 11

Guéliz - Marrakech - Tel : 05 24 42 37 88/0610271020 - E-mail sanaanaciri@yahoo.fr

Marrakech

LE

23 NOV. 2023

Je soussigné,  certifie avoir reçu une somme de (250DH) de Mme EL ENMANARI CHARIFA comme honoraire d'une consultation d'hophtalmologie.

المستفيدة سناء طابحة الناصري  
Dr. Sanaa TALHA NACIRI  
Ophth. ALI EL NASSARI  
Rés. ALI EL NASSARI  
2ème étage N° 24  
Tél: 05 24 42 37 88  
Marrakech

**Dr Sanaa TALHA NACIRI**

**Ophthalmologiste**

Membre de l'American Academy of Ophthalmology  
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie  
Ex. Résidente à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Ex. Ophthalmologiste à l'Hôpital Antaki Marrakech



- Ophthalmologie de l'Adulte et de l'Enfant
- Chirurgie de cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Strabismes - Retine - Laser - Echographie Oculaire
- Angiographie Rétinienne - OCT
- Topographie de la Cornée - Contactologie

**الدكتورة سناء طلحة الناصري**

**أخصائية في أمراض وجراحة العيون**

عضو الجمعية الأمريكية لطب وجراحة العيون  
عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون  
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى 20 غشت البيضاء  
طبيبة سابقا بمستشفى الأنطاكي مراكش

- طب العيون للكبار والأطفال
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي - الحول
- الجراحة الانكسارية
- أمراض شبكية العين - الليزر
- الفحص بالصدى الصوتي - الفحص بالأشعة تحت الحمراء
- خريطة القرنية - عدسات لاصقة

Marrakech, Le : ..... : مراكش، في

*Dr Emmanuelle Cherife*

- Lavage oculaire Phylarmes

[6 F / J] x 2 mois

- Larmabak

[1 goutte x 3 F / j] pendant 2 mois

إقامة الحديقة الكبرى، زنقة ابن عائشة العمارة C الطابق الثاني رقم 11

Résidence Al Hadika al Kobra, Rue Ibn Aïcha Imm. C 2ème étage N°11

Guéliz - Marrakech - Tél. : 05 24 42 37 88 / 06 10 27 10 20 - E-Mail : sanaanaciri@yahoo.fr