

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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

188379

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031975

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9496 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NIKEL Hamza

Date de naissance : 15/09/1966

Adresse : ALRAYAHINE Tomshg

Tél. : 0666860575 Total des frais engagés : 1700,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age:.....

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 : Casa Le : 27 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

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

### 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

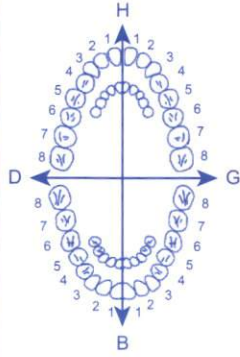
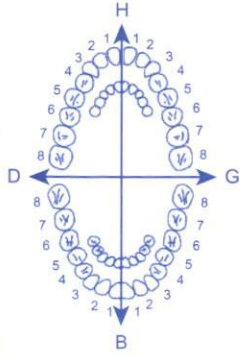
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre de diagnostic optique SARL Opticien optométriste LA BELLE VUE 2 IMMEUBLE SALA AL JADIDA Tel: 0537538822 LPE 105009575	23/12	verre progressif				47000
	23	monture optique				

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> <div>G</div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(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

**Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT**

**OPHTALMOLOGISTE**

Ancien Professeur Agrégé  
au C.H.U. de Rabat

**CHIRURGIE**

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Angle Av. d'Alger et Rue Quairouan  
**RABAT**

Tél.: 05 37 73 05 55 / 70 78 79

الدكتورة المرابط أوتراhout زهور

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة مبرزة سابقا

بكلية الطب بالرباط

زاوية شارع الجزائر وزنقة القيروان

الرباط

الهاتف : 05 37 73 05 55 / 70 78 79

Rabat, le 09 DEC 2023 في الرباط،

M<sup>r</sup> Fanza Nikel

Lentilles & monture

Usure de loia

$$OD = (85 - 0.75) + 0.75$$

$$OS = (90 - 2) + 1.25$$

Usure de US'

$$Add = +2$$

Centre de diagnostic  
optique SARL  
Opticien-optométriste  
LA BELLE RUE 11M2 M5  
SALA AL JADIDA - TEL: 053753866

la variation  
proposée

**Dr. Z. M'RABET - OUTARAHOUT**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Ancien Professeur Agrégé au CHU de Rabat

Chirurgien Angiographie Laser

Résidence Al Ghawali, Angle Av. d'Alger  
et Rue Qirawane - Rabat

Tél.: 05 37 70 78 79 - 05 37 73 05 55



# CDO CENTRE DE DIAGNOSTIQUE OPTIQUE

CENTRE DE DIAGNOSTIQUE OPTIQUE SARL  
LA BELLE VUE 2 IMB 2 M5  
SALA AL JADIDA

SALA AL JADIDA LE :23/12/2023

**FACTURE N°: A0027/2023**

NOM : NIKAL  
PRENOM : HAMZA  
TEL :  
MEDECIN : Dr Z,M'RABET -OUTAHOUT

VISION DE LOIN	SPH	CYL	AXE	MONTANT EN DIRHAMS(TTC)
OD	0,75	-0,75	85	2000
OG	1,25	-1	90	2000
VISION DE PRES				
OD	2,75	-0,75	85	
OG	3,25	-1	90	
TYPE DE VERRE	PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLET			
MONTURE	MONTURE OPTIQUE			700
TOTAL TTC =				4700

MONTANT TOTAL EN DIRHAMS HT	3916,666667
TOTAL TVA 20%	783,333333
MONTANT TOTAL EN DIRHAMS TTC	4700

MODE DE PAYEMENT	ESPECE
------------------	--------

ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE MILLE SEPT CENT DIRHAMS

Centre de diagnostic  
optique SARL  
Opticien - optométriste  
LA BELLE VUE 2 IMB2 M5  
SALA AL JADIDA-Tel:0537538866

CENTRE DE DIAGNOSTIQUE OPTIQUE SARL :  
LA BELLE VUE 2 IMB 2 M 5 SALA ALJADIDA  
TEL : 0537538866 , CAPITAL SOCIAL : 30000 DH , R.C N° : 26461  
I.F N° 20765650, PATENTE N° : 63598402 , CNSS N°5433652  
ICE : 001881041000026