

# 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

- Reclamation : 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

M23-001178

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8672 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Zouli ABDOLAH  
Date de naissance : 14-12-1970  
Adresse : 56 DARI 2 AKAJOU EL HANCO  
Tél : 0624832705 Total des frais engagés : 2400 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2024  
Nom et prénom du malade : ZOUHRI Mohamed TAHA Age : 48 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : affection oculaire  
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 : 22/01/24  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0001178

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 : 8672  
Nom de l'adhérent(e) : Zouli  
Total des frais engagés : 2400 Dhs  
Date de dépôt :



[illegible]

Dr. Hakima EL MANSOURI  
Ophthalmologist - Marrakech  
INPE - 074285563

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	23/01/2024					2200,00 M

2200-MS

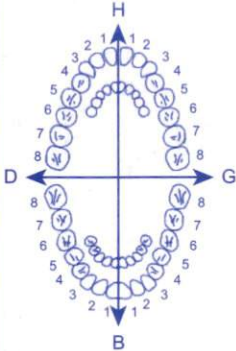
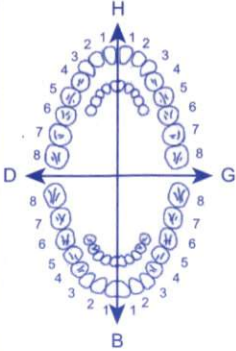
0001178

## 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 style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                          25533412    21433552                          00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                          00000000    00000000                          35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# AL MATTAR OPTIC

Marrakech, le 23/01/2024

Facture

N° 109552

M. Zouhair Mohamed T. Dr. Hachima El Jannouni  
Taha

## VISION PRES

OD: Cyl .....

OG: Cyl .....

## VISION LOIN

OD: Cyl .....

OG: Cyl .....

Sph. -0.75

Sph. -0.50

## Désignation

## Prix

Monture :

Verres :

Lentilles :

Observation :

Parabone  
2 verres Blue UV photochrom  
Lentilles :  
Observation :

2000  
15000

## Cachet - Signature

Total

22000

Montant ( en lettres )

Deux mille deux cents

Sh

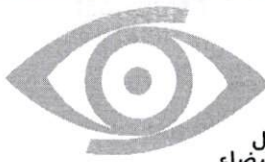
Opération Gharnata, N° 27, Mhamid - Marrakech

Tél. : 06 58 22 84 43

**Dr. Hakima El Mansouri**

**Spécialiste en Ophtalmologie  
(Adultes et Enfants)**

« médecin au CHU de Bruxelles.  
« médecin au CHU de Casablanca.  
« médecin à l'hôpital EL Antaki de Marrakech.



**الدكتورة حكيمة المنصوري**

**اختصاصية في طب و جراحة العيون**

**(كبار و صغار)**

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ببروكسيل  
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بالدار البيضاء  
طبيبة سابقا بمستشفى الأنطاكي بمراكش

**Marrakech Le 22 janvier 2024**

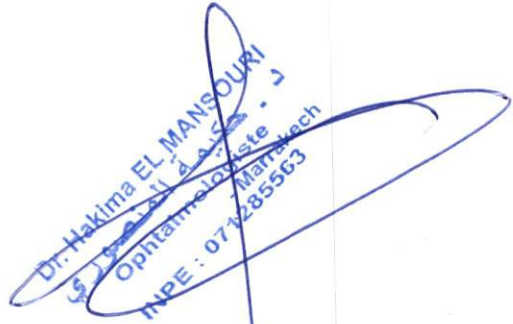
**Mr ZOUHRI Mohamed Taha**

**Monture + verres correcteurs Antireflets**

**Vision de loin :**

**OD = - 0.75**

**OG = - 0.50**



Les Jardins d'Abrar Immeuble 9 Etage 1  
Bureau n° 3 (Avec Ascenseur)  
M'hamed. Marrakech

تجزئة حدائق أبرار، عمارة رقم 9 الطابق الأول (بالمصعد)  
مكتب رقم 3 المحاميد، مراكش



[dr.hakimaelmansouri@gmail.com](mailto:dr.hakimaelmansouri@gmail.com)

05.24.37.35.55 / 06.00.95.55.29