

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**  
**M23-001191**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8672 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Zouhri ABDEAU  
 Date de naissance : 14-12-1970  
 Adresse : 56 DAOU 2 ASKATOUR EL KHANOU  
 Tél. : 0624832705 Total des frais engagés : 2950,00 f Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hakima EL MANSOURI  
 Ophtalmologiste - Marrakech  
 INRE : 071285563  
 Date de consultation : 22 / 01 / 2024  
 Nom et prénom du malade : ZOUHRI AMJAD Age : 17 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- 0001191**

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) : Zouhri  
 Total des frais engagés : 2950,00 f  
 Date de dépôt :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

[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					2700,-

**VOLET ADHERENT**

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

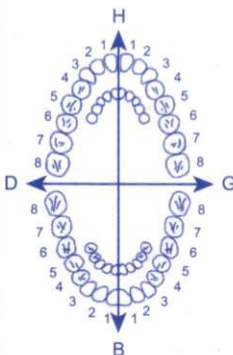
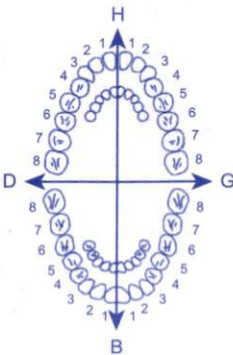
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		
	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                 </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">                     MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">                     DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;">                     DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>11433553</span> </div>		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> </div>																																			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>11433553</span> </div>																																			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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**  
**أخصائية 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 Amjad**

**OPATANOL: collyre cl**

**1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois**

**Dr. Hakima EL MANSOURI**  
**حكيمة المنصوري**  
**Ophtalmologiste**  
**Marrakech**  
**INPE : 071285563**

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

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

05.24.37.35.55 / 06.00.95.55.29



dr.hakimaelmansouri@gmail.com



**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**

**أخصائية 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**

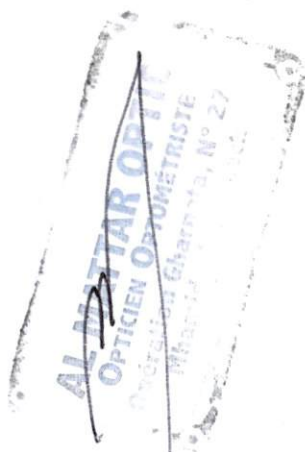
**Mr ZOUHRI Amjad**

**Monture + verres correcteurs Antireflets**

**Vision de loin :**

**OD = - 1.50 (- 1.25 à 180°)**

**OG = - 1.25 (- 1.75 à 173°)**



**Dr. Hakima EL MANSOURI**  
**حكيمة المنصوري**  
**Ophthalmologist - Marrakech**  
**INPE : 074285563**

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

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

05.24.37.35.55 / 06.00.95.55.29



dr.hakimaelmansouri@gmail.com

# AL MATTAR OPTIC

Marrakech, le

23/07/2024

facture

~~RECIBO~~

N° 009556

M.

Zouhair Amjad

Dr.

Hafid El Jassou

VISION PRES

VISION LOIN

OD: Cyl

OD: Cyl

Sph

OG: Cyl

OG: Cyl

Sph

(180° - 1.2)  
(173° - 1.28)

-1.50  
-1.25

Désignation

Prix

Monture :

Verres :

Lentilles :

Observation :

Cachet - Signature

Total



Montant ( en lettres )

Deux mille sept cent  
Dob

Opération Gharnata, N° 27, Mhamid - Marrakech

Tél. : 06 58 22 84 43