

## 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

- 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° W21-671267

*Commissaire*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8655 Société : A.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMIN Mohamed

Date de naissance : 20-04-70

Adresse : ————

Tél. : 0661096349 Total des frais engagés : 1816 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUALI FAHIMA ZAHRA  
Ophtalmologiste  
353 Bd Jalla Asmaa Nouveau  
Sidi mounir Casablanca

Date de consultation : 22/01/24

Nom et prénom du malade : MOUMIN KHADIJA Age: 53

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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 Praticien attestant le Paiement des Actes
22/01/24		6	250	DR. OUALI FATHA ZAHRA Ophtalmologiste 353 Bd Alla Asmaa Nouveau Cdi

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AL HOUSNA Mme B. HAFIANI 102, Rue 13 Hay Al Baraka 0522 726 101	22/01/24	66,00

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	
OPTIDINE KARIMEDDINE ADIL Opticien - Optométriste 107 Essaf Bd Hassan II Belvédère 0522 726 101	22/01/24					1500,00

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"/>																					
				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>H</td> <td></td> <td></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			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



**Dr OUALI Fatima Zahra**

Ophtalmologiste

Adultes & Enfants



**د. أوالي فاطمة الزهراء**

طب وجراحة العيون

الكبار والصغار

Diplôme de spécialité médicale d'ophtalmologie - Casablanca  
Diplôme d'imagerie rétinienne et traitements maculaires - Paris  
Diplôme de surface oculaire - Brest

دبلوم التخصص في طب وجراحة العيون - الدار البيضاء  
دبلوم التخصص في أمراض الشبكية - باريس  
دبلوم التخصص في أمراض سطح العين - بريست

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Maladies de la rétine
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Chirurgie réfractive
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers

- جراحة الجلالة بالليزر
- أمراض الشبكية
- أمراض الدموع وجراحة الجفون
- أمراض القرنية
- تصحيح البصر
- الليزر

Casablanca, le .....  
**22 janvier 2024**

**Enf. MOUMIN Khadija**

Monture pour enfant + verres correcteurs Organiques

Vision de loin :

OD = + 1.25 (- 3.50 à 180°)

OG = + 1.75 (- 3.50 à 180°)

66ر02

**1/ VISRELAX**



**PHARMACIE AL HOUSNA**  
**Mme B. HAFIANI**  
182, Rue 13 Hay Al Baraka  
t 0522 726.101 CASABLANCA

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

66ر02

**OPTIDINE**  
**KARIMEDDINE ADIL**  
Opticien - Optométriste  
5101 Essafi Bd Hassan II Barrechio  
Tél - Fax 05 22 53 32 61

**Dr. OUALI FATIMA ZAHRA**  
Ophtalmologue  
353 Bd Lalla Asmaa  
Sidi moumen Casablanca

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubair Ibou  
El Aouam 20500 Casablanca  
**P.P.C: 66.00**



# OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 29/01/2024

MOUMIN KHADIJA

**FACTURE N 171/2024**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	400,00	800,00
TOTAL			1 500,00

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

