

# 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 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-846277

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9718

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUZZEN MOHAMED

Date de naissance : 06-04-1966

Adresse : 105 BLV. MU ABDELHAFID HSSAIN

KARHA Sale

Tél. 0628489185

Total des frais engagés : 1400,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUZZAOU M. AZIZ  
OPHTALMOLOGISTE  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
8, Avenue Ben Aboud - Salé  
Tél: 05 27 84 58 48 - 06 65 26 26 90

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELMEHDI OUZZEN

Age: 24

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 : 24/05/2019

Le : 24/05/2019

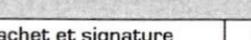
Signature de l'adhérent(e) :

[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 Médecin attestant le Paiement des Actes
05 MARS 2024		1	300	Dr. BOUAZZAOU M. AZE OPHTALMOLOGISTE MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX 8, Avenue Ben Aboud - Saida Tél: 05 57 21 21 21 26 26 90

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	
	16/3/2024					1100,-

# 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412   21433552  00000000   00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>  00000000   00000000  35533411   11433553  <b>B</b> </div> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b>				Montant des Honoraires
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Cabinet d'Ophtalmologie

**Dr. Aziz BOUAZZAOU**  
**OPHTALMOLOGISTE**



Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Lille (France)  
Ancien Médecin attaché des Hôpitaux de France

# عيادة طب العيون

**الدكتور عزيز البوعزاوي**  
**اختصاصي في أمراض وجراحة العيون**

خريج كلية الطب بليل فرنسا  
طبيب ملحق بمستشفيات فرنسا

Salé, le: ..... سلا, في:

15 mars 2024

**OUZREN Elmehdi**

**VERRES + MONTURE**

BOUALAM OPTIQUE  
Laila BOUAACHOU  
Opticienne - Optométriste  
INDE : 125022578

**Oeil Droit : -0,75**

**Oeil Gauche :**

**Dr. BOUAZZAOU M. Aziz**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
**CHIRURGIEN DES YEUX**  
8, Av. Ben Aboud - Medina Salé  
Tél.: 05 37 84 58 48 - GSM : 06 65 26 26 90



# BOUALAM OPTIQUE

Opticienne - Optométriste  
Adaptation de Lentille de Contact

371, Av. Hamman Fatouaki Takadoum - Rabat / Tél.: 05 37 63 29 52  
N° de Patente: 25847062 - RC N°: 57169 - IF N°: 3316535 - CNSS N°: 6636057  
ICE: 000219664000040 - INPE: 105022578

ICE. 000219664000040 - INPE: 105022578

Facture N° 001361

Leila BOULAACHOUB  
Opticienne - Optométriste

Rabat, le: 16/3/2024

Nom: OUBEREN ELNEHD

## VISION DE LOIN

## VISION DE PRÈS

	Sphère	Cylindre	Axe		Sphère	Cylindre	Axe
O.D.	-0.75			O.D.			
O.G.	-0.75			O.G.			

Verres: VL: ray on pour 1,6 Blau  
VP:

Monture: plus ti fin Blanc

Prix :

600,  
500,

Arrêté à la somme de mille cent

Total

1100,

Cacher & Signature:

BOUALAM OPTIQUE  
Leila BOULAACHOUB  
Opticienne - Optométriste  
INPE: 105022578