

## 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

N° W19-467404

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☒ **Optique** ☒ **Comme** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 405 Société : Royal Air Maroc RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraite

Nom & Prénom : JABER EL HOUSINE

Date de naissance : 1941

Adresse : Route El Anassa, lot Talhaoui A3 N°4, Oujda

Tél. : 05.36.37.38.52 Total des frais engagés : # 313,60 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2019

Nom et prénom du malade : Guemmi Cherifa Age : 80 ans

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

Nature de la maladie : Alzheimer

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 NOV. 2019

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.

**ACCUEIL**

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 : Oujda

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/10/2019

### Adresses Mails utiles

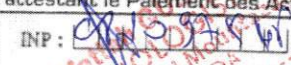
- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)




# 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
08/10/19	C2		230 IR	INP : 

Dr Abdelhakim S. Bouhassoune  
OPHTALMOLOGUE  
Rue El Irachi Im. Al Mourad  
Tél : 49185 - OUJDA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie RA Dr. Kaddour Warlassi Lazare Tél : 49185 - OUJDA	08/10/19	63,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

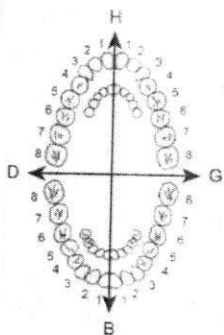
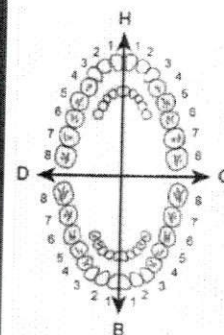
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelfettah GUEDDARI .

Ophthalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme de pathologie de la rétine et du vitré  
de la Faculté de Médecine de Bordeaux (France)

Angiographie - Laser - OCT

Chirurgie de la cataracte par phacoemulsification

Chirurgie du strabisme et des paupières

Chirurgie réfractive par laser



الدكتور عبدالفتاح كداري

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

دبلوم أمراض الشبكية و الجسم الزجاجي  
من كلية الطب ببوردو (فرنسا)

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

جراحة الجلالة بالفاكو

جراحة الجفن وتقويم الحول

تصحيح النظر بالليزر

Oujda, le : 08/10/2019 : وجدة، في :

M : guem m. Cherfa

22,60

- Flucon

1 gtt x 3 J



15 J  
OD

42,00

- Gel-larmes  
1 app le soir



2 mois  
OD

63,60



Dr. Abdelfettah GUEDDARI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Errazi Imm. Al Mountazah  
Oujda

زقة الرازي - عمارة المنتزه - الطابق الثاني رقم 4 (قبالة مركز تحاقن الدم) - وجدة

Rue Errazi - Immeuble Al Mountazah - 2<sup>ème</sup> étage n° 4 (en face du centre de transfusion)

Tél.: 05 36 68 25 24 - Oujda