

## 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.

### 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° W21-727383

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8355 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AINI - MOHAMMED

Date de naissance : 10.09.1964

Adresse : BP 8283 CASA OASIS CASABLANCA

Tél. : 06 61 33 22 96 Total des frais engagés : 8000 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Lahcen ZAFAD**  
OPHTALMOLOGISTE  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

Date de consultation : 18.10.2022

Nom et prénom du malade : AINI

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie : correction

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 : Casa

Le : 18.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-727383

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 : 8355

Nom de l'adhérent(e) : AINI

Total des frais engagés : 8000 DH

Date de dépôt : 21/10/2022



| 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 |
| 18/08/22                       | AS                |                       | G                               | INP : 09 11570410                                              |
|                                |                   |                       | A. MADINA                       | MEDICIN ZAFAB                                                  |
|                                |                   |                       |                                 | LOGISTE                                                        |
|                                |                   |                       |                                 | re - Casablanca                                                |
|                                |                   |                       |                                 | 49 (LG)                                                        |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                                |                |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                                | Date           | Montant de la facture |
| <br><b>Vision</b><br>Bd George et Rd Résidence Elajoul<br>Val Vieux Casablanca<br>Tél: 0522 98 61 35 Fax: 0522 98 01 54 | 8000<br>2/9/99 | 20000                 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

[illegible]

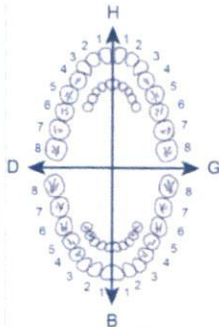
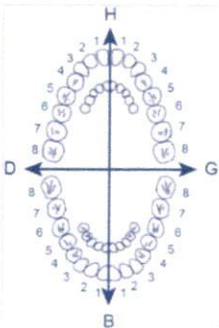
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |             |                                              |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Lahcen ZAFAD**

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et  
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières  
et des Voies Lacrymales  
Chirurgie réfractive

**الدكتور لحسن زفاض**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

**ORDONNANCE**

18 août 2022

**Mr AINI Mohammed**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.00 (- 1.00 à 95°)

OG = + 0.25 (- 0.50 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.25

**Val Vision**  
Bd George sand Résidence Gialoul  
Val Florvi Casablanca  
Tél: 0522 99 67 55 Fax: 0522 98 01 54

**Dr. Lahcen ZAFAD**  
OphtALMOLOGISTE  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

**CLINIQUE AL MADINA**  
FACILITATION  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01



FACTURE N° : **96/2022**

CLIENT : **AINI MOHAMED**

DATE FACTURE : **02/09/2022**

| DESIGNATION                                                                                                                      | PRIX TTC    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Montures : <u>1</u> <b>OPTIQUE</b>                                                                                               | 2 000,00 DH |
| Verres : <u>OG1</u> <b>PROG ORG BLANC AR DIAM 65/70</b>                                                                          | 3 000,00 DH |
| <u>OD1</u> <b>PROG ORG BLANC AR DIAM 65/70</b>                                                                                   | 3 000,00 DH |
| Nomenclatures : OD : +1.00 ( -1.00 à 95° ) , Add = +2.25 ,Prisme = +0.<br>OG : +0.25 ( -0.50 à 85° ) , Add = +2.25 ,Prisme = +0. |             |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**HUIT MILLE DIRHAMS**

**Total TTC : 8 000,00 DH**

**Total HT : 6 666,67 DH**

**TVA 20% : 1 333,33 DH**



Bd George sand Résidence Glaieul  
Val Freuri Casablanca  
Tél: 0522 99 67 55 Fax: 0522 98 01 14

000028416000038

