

## 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

M22- 0018734

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 539 Société : \_\_\_\_\_  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom & Prénom : BERKARI Camel  
 Date de naissance : 11/11/1994 201369  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. 06 61 15 97 84 Total des frais engagés : 10800,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. SAI Abdelkrim**  
**Spécialiste en Ophtalmologie**  
 Boulevard Tantan, Résidence les Perles  
 de Bourgogne 1<sup>er</sup> Etage Appt N° 7  
 Bourgogne Casablanca  
 Fix: 0522 39 39 64

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_  
 Date de consultation : 20/02/24  
 Nom et prénom du malade : BERKARI CAMEL NACHAMEN Age : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AFF 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_


Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



DUPLICATE

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 Règlement des Actes
20/01/24	cs+ho		300,00	
23/01/24	o. Goubeur		1000,00	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

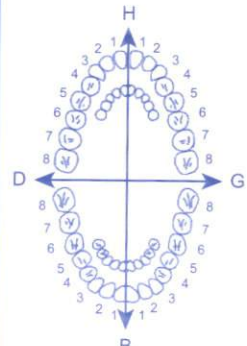
AUXILIAIRES MEDICAUX

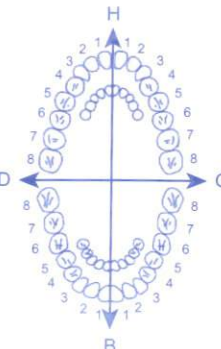
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	28/01/23					9500

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CœEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><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">G</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		CœEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	G																		
	B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. SAI ABDELKRIM

د. ساعي عبد الكريم

- Ancien Attaché à l'Hôpital  
20 Aout de Casablanca
- Ancien Chef Service Hôpital  
El Antaki de Marrakech
- Membre de la Société  
Française d'Ophtamologie
- Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux
- Chirurgie de Cataracte  
par Phacoemulsification
- Strabisme - Lazer Retine
- Angiographie - Contactologie
- OCT



- ملحق سابق بقسم طب وجراحة العيون  
بمستشفى 20 غشت الدار البيضاء
- رئيس سابق لقسم طب وجراحة العيون  
بمستشفى الأنطاكي مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
- إختصاصي في طب وجراحة العيون
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي
- الحول . الليزر . أمراض شبكة العين
- تصوير أوعية شبكة العين
- تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة

Casablanca le 20/04/24 في الدار البيضاء

BEKKARI CAMEL NOUHANNE  
OCULUS OPTIQUE  
26 RUE DE L'IMAM EL ALLOUS.  
BOURGOGNE CASABLANCA  
TEL: (212) 0522 22 94 46

SAI magnum

la distance = +0,75 (- 16'10'00)

OV = +0,75 (- 16'80'00)

upres omv Add = + 2,50

upres omv Add = + 2,50  
upres omv Add = + 2,50  
chips loup + 2,50

Dr. SAI Abdelkrim  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Résidence les Perles  
1er étage Appt N° 7  
Boulevard Tantan, Résidence les perles de bourgogne, Imb N° 18 - 17 étage - Appt N° 7 - Bourgogne - Casablanca

شارع طنطان، إقامة الدار البيضاء رقم 18، الطابق الأول، شقة رقم 7 - بركون - الدار البيضاء  
Boulevard Tantan, Résidence les perles de bourgogne, Imb N° 18 - 17 étage - Appt N° 7 - Bourgogne - Casablanca  
Tél. : 0522 39 39 64 - الهاتف : email : abdelkrim.sai@gmail.com : البريد الإلكتروني



**DR. SAI ABDELKRIM**

**د. ساعي عبد الكريم**

- Ancien Attaché à l'Hôpital  
20 Aout de Casablanca
- Ancien Chef Service Hôpital  
El Antaki de Marrakech
- Membre de la Société  
Française d'Ophtamologie
- Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux
- Chirurgie de Cataracte  
par Phacoemulsification
- Strabisme - Lazer Retine
- Angiographie - Contactologie
- OCT



- ملحق سابق بقسم طب وجراحة العيون  
بمستشفى 20 غشت الدار البيضاء
- رئيس سابق لقسم طب وجراحة العيون  
بمستشفى الأنطاكي مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
- إختصاصي في طب وجراحة العيون
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي
- الحول - الليزر - أمراض شبكة العين
- تصوير أوعية شبكة العين
- تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة

Casablanca le 23/02/24 في الدار البيضاء

BELKARI' AMEZ  
MOHAMMED

Rem # 1000,00 #  
pour oct seulement

**Dr. SAI Abdelkrim**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Boulevard Tantan, Résidence les Perles  
de Bourgogne 1<sup>er</sup> Etage Appt N° 7  
Bourgogne, Casablanca  
Fix: 0522 39 39 64

26, rue Imam Aliloussi Bourgogne  
(à côté de la clinique Badr)  
Casablanca - Maroc

Tél.: +212 (0) 522 22 94 46  
Fax: +212 (0) 522 47 64 89  
email: oculus@live.fr

Patente: 35601340  
R.C.: 281816  
T.V.A.: 827679  
C.N.S.S.: 6011184

oculus  
optique

Date: 20/02/2024  
Nom du client: BEKKARI CAMEL MOHAMED  
N° facture: 24/0020

OCULUS OPTIQUE  
26 RUE DE L'IMAMEL ALLOUSSI  
BOURGOGNE CASABLANCA  
TEL: (0212) 522 22 94 46

Quantité:	Designations:	Prix:
1	MONTURE OPTIQUE	3000.00DH
2	VERRES OPTIQUES PROGRESSIFS ORGANIQUES TRANSITIONS	6500.00DH
	ICE 000830889000060 INPE 095001707	
	Total:	9500 DH TTC

Arrêtée la présente facture à la somme de: NEUF MILLE CINQ CENT DHS TTC.