

## 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

- Reclamation : [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)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-507689

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10989 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OKACHA Nezha

Date de naissance : 26 FEB 2020

Adresse :

Tél. : 03670 1713 Total des frais engagés : 140 + 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Siham CHARIBI  
Professeur Assistant d'Ophthalmologie  
CHU Mohamed VI Oujda  
INPE : 051201071

Date de consultation : 06/01/2015

Nom et prénom du malade : OKACHA Nezha Age :

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

Nature de la maladie : Conjonctivite + sécheresse oculaire

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) : [Signature]



# 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
06/01/20	6		6	INP : Dr Siham CHARIBI Professeur Assistant d'Ophtalmologie CHU Mohammed VI Oujda INPE : 08/201071

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL HAYAT 184, Rue des Anglais BORDJ 06 67 18 55 10	06/01/2020	147,00

# 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	
	06/01/2020					500

# 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 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			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 G 35533411 11433553 B				
	[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

# AIRE



المرکز الإستشفائي الجامعي محمد السادس - وجدة  
TCC.010 XIXE CBAECA UX0 0EX0 - LMA  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MOHAMMED VI - OJDA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي  
محمد السادس - وجدة

Date : 06/02/25.

OKACHA Nezha

1) Theodore



147, 00

$$\frac{1}{\sqrt{e}} \times 3/j - \text{ODG per } 3 \text{ m}$$

صيدلية المغرب العربي  
Pharmacie AL-MAGHRIBI AL ARABI  
RAHIM HAJJEEIN  
Dr. El Pharmacie  
Hay El Andalous-Ree Audekader kariml  
N°1 Oued el : 05 35 50 35 30

Dr Siham CHANBA  
Professeur Assistant d'Ophthalmologie  
CHU Mohamed VI Oujda  
INPE : 081261071



# Islam Optique

Opticien Optométriste  
Lentille de contact

## FACTURE

N° 4614

184, Rue des Anglais Bhira

RC : 264242 - Patente : 30011275

ICE: 001910675000047

Date: 06/01/2020

IF 2943908

Monsieur (Mme): Ouachou Neza

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: -0.25 OG: -0.50	25	-0.75 -0.75	2	1000 - 2000	
VP: { OD: OG:					
ADD: x 2.25					
<p>Islam Optique Opticien Optométriste 184, Rue des Anglais Bhira 05 67 13 55 10</p>			<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input checked="" type="checkbox"/> UNIFOCAL		
			<input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE		
			<input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input checked="" type="checkbox"/> ANTI BLEU		
			<input type="checkbox"/> 1,5 <input type="checkbox"/> 1,6 <input checked="" type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74		
			<input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
MONTURE OPTIQUE					
<input checked="" type="checkbox"/> METAL					
<input type="checkbox"/> PLASTIQUE					
TOTAL			1000 - 2000		

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Deux mille cinq cents dix-huit



Nom du Patient : ..... Date : 06/02/15

## Ordonnance

OUACHA NetPa.

1) Correction optique Nétie + vus.  
progrès.

o vision de loin.

OD = -0,75 (0,25 à 2,5)

OG = -0,75 (-0,50 à 1,5)

o add vision de pr.

ODG = +2,25

Islam Optique  
Opticien - Optométriste  
184, Rue des Anglais - Oujda  
06 67 18 55 10

Dr Siham CHARIBA  
Professeur Assistant d'Ophthalmologie  
CHU Mohamed VI Oujda  
INPE : 081201071