

## 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° W19-446277

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01213 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSSAFIR MOHAMED  
 Date de naissance : 15.06.1949  
 Adresse : 50, lotissement EL MANZAH  
 Mohammédia  
 Tél. : 0662875416 Total des frais engagés : 4104,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : MOUSSAFIR MOHAMED Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Maladie chronique  
 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 : 01/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-446277

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 : 01213  
 Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAFIR  
 Total des frais engagés : 4104,80  
 Date de dépôt :



### 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
07/02/20	C.S.		2500,00	INP: 6903298P

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PALMIER Rues Palmer, Angle Bd Zerkouni et Abdelmeuenn, Hamm "B", N°4 Mohammadia-Tél: 0523329895	07/02/20	554,80

### 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	
Optical Discount Opticien Centre Commercial Marjane Sofiane - Alg Tél: 05 23 23 20 27						3550,00

VOLET ADHERENT

\* 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 :

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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) 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



المصحة المتخصصة المحمدية  
في أمراض و جراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
OPHTALMOLOGIE

الدكتورة حسناء العماري  
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون  
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée adulte et enfants

07 février 2020

Mr. MOUSSAFIR Mohamed

22,60  
FLUCON COLL

1 gtt 3f/j pd 10j,  
puis 2f/j pd 5j,  
puis 1f/j pd 5j , dans les deux yeux

180,00 x 3  
HYFRESH

54,10 x 2  
1 gtt x 3 / j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

LARMABAK COLLYRE

1 gtt 4f/j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

34,00  
LIPOSIC GEL

554,80  
1 app / j le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PHARMACIE PALMIER  
Res Palmier, Angl. Bd Zerktouni  
4 Abdelmoumen, Imm "B", N°4  
Mohammedia - Tel: 0523329005

6 118001 070244  
Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS  
Remboursable AMO  
406865

PPC : 130 DH 00 C : 130 DH 00

PPC : 130 DH 00

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

الدكتورة حسناء العماري  
Dr. HASNAâ LAMARI  
PROFESSEUR AGREGÉE OPHTALMOLOGIE  
CLINIQUE SPECIALISÉE OPHTALMOLOGIE  
BD HASNAâ LAMARI - LOT SANIA  
URGENCES : 05 23 32 90 02



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia

Tél : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084





# الدكتورة حسناء العماري Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون  
فحص متخصص للبالغين و الصغار

المصحة المتخصصة المحمدية  
في أمراض و جراحة العيون  
CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
OPHTALMOLOGIE

Professeur agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée adulte et enfants

07 février 2020

**Mr. MOUSSAFIR Mohamed**

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 5.75 (- 3.50 à 89°)

OG = - 4.50 (- 3.50 à 82°)

Optical Discount  
Opticien  
Centre Commercial Marjane  
Mohammedia - 961 05 23 32.60.54

الدكتورة حسناء العماري  
Dr. HASNAâ LAMARI  
PROFESSEUR AGREGÉE OPHTALMOLOGIE  
CLINIQUE SPECIALISÉE, 33 LOT SANIA  
BD HASSAN II - MOHAMMEDIA  
URGENCES : 05 23 32 90 02



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia

Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : [www.ophtalmoclinic.ma](http://www.ophtalmoclinic.ma)

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084

OPTICAL GALERI MOHAMMEDIA

Mohammedia le 04/03/2020  
FACTURE 200200071

NOM : MOUSSAFIR MOHAMMED

Code	Oeil droit			Oeil gauche		
	Sph	cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
loin	-5.75	-3.50	89	-4.50	-3.50	82
Prés						
ADD						

QUANTITE	DESINATION	PX UNITAIRE	PX GLOBAL
1	MONTURE	550.00	550.00
2	VERRES ORGANIQUES 1.7 AMINCIS ANTIREFLETS	1500.00	3000.00
TOTAL			3550.00

Mode de paiement	CARTE BANCAIRE
Arrêté la présente facture à la somme de	TROIS MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS



095013975

Optical Discount  
Opticien  
Centre Commercial Marjane  
Mohammedia - Tél : 05.23.32.60.54

Siège Social : Centre Commercial Marjane Route Secondaire 101 Magasin N°20-MOHAMMEDIA  
Tel : 0523 32 60 54 Email : opticalmohamedia@gmail.com  
R.C : 7699 – I.F : 40285308 – C.N.S.S : 8034829  
PATENTE : 39559355 –ICE : 000079060000059