

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
Consentement préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,  
Interventions multiples, parodontologie 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.

## Biologie 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.  
Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de  
la mutuelle.

## Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Consentement :

Le consentement préalable renseigné par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de  
traitements.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèses :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Adhésion en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données  
personnelles.

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° W19-488535

**MUPRAS**  
RECEPTION 9

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26 886**

Matricule : **04982** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **NAYAT Mokata**

Date de naissance : **28/02/1963**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Abdouhak Bouchta**  
**Optométriste**  
**70 Rue Allal Ben Abdellah**  
**1er Etage - Casablanca**  
**Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72**

Date de consultation : **18/01/20**

Nom et prénom du malade : **M. NAYAT-MOKATA** Age :

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

Nature de la maladie : **la cataracte**

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 : **24/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Déclaré

Rem

Il ser

réclar

Coup



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1120			INP : 3314687
131	6	200000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.02.2020	200000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

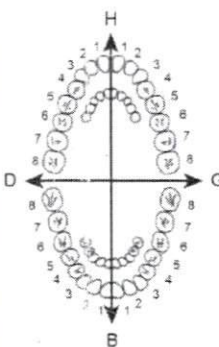
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>										
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>										
				DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>										
				FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>										

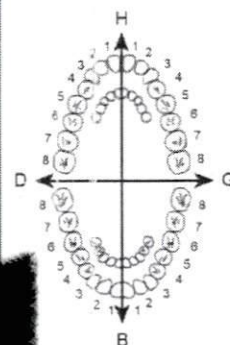
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]

MONTANTS DES SOINS [ ]

DATE DU DEVIS [ ]

DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lunette ANNAJAH

نظارات النجام

ROKNEDDINE Redouane El Idrissi

Bd. Moudiboukeita, Bloc G

N° 27 - Casablanca

Rég. Com N° : 352640

Patente N° : 36612796

I. F : 4 5 5 2 5 2 5 0

ICE : 000885051000058

GSM : 06.64.27.21.94

وكن الدين رضوان الإدريسي

شارع موديبو كيتا، بلوك ج

رقم 27 - الدار البيضاء

السجل التجاري : 352640

بتانتا رقم : 36612796

الضريبة : 45525250

ICE : 000885051000058

المحمول : 06.64.27.21.94

N° 0703046

Casablanca, le 22.02.2020

M HAJAJ MESSIAFA

Doit

Docteur ABDELHAK BACHA

Nomenclature N° 407

VL OD : cyl sph 175° - 0.50 - 2.50 200g

OG : cyl sph 175° - 0.50 - 2.50 200g

VP OD : cyl sph

OG : cyl sph

Verres : MENIAR ANIREFLEX

Montures : photopropiétique 400g

Facture arrêtée à la somme de : huit cent 80g

trc

Rokeneddine Redouane

Opticien ANNAJAH Redouane

Bd. Moudiboukeita Bloc G N°27

CASABLANCA

ANNAJAH

CASABLANCA

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAIS D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء ،

HAYAT Mostafa 1314/99

Casablanca, le samedi 18 janvier 2020

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE LOIN Photochromiques

Oeil Droit : (85° -0,50) -2,50

Oeil Gauche : (75° -0,25) -2,50

Rokeneddine Reddane  
Opticien - 1314/99  
Bd. Mohammed VI - Casablanca

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste

70, Rue Allal Ben Abdellah  
1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72