

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-455094

ND: 34130

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6961 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : G NIOUI MOHAMMED  
 Date de naissance : 26/05/1954  
 Adresse :  
 Tél. : 0661070389 Total des frais engagés : 2100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 13/07/2020  
 Nom et prénom du malade : G NIOUI MOHAMMED Age : 66  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée  
 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 : CASABLANCA

Le : 14/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

# 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
13.7.20	OPHYS	13M	4000	INP: 001039188

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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	
OPTI VERDUN Opticienne Optométriste Rue Alfred Ousine N°7 Bordeaux Verdun - Gironde Tél./Fax: 05 22 27 33 18 - 05 22 27 33 19	18.07.2020		1 monture			200,00
			1 U408			500,00
			1 U408			500,00
						1200,00

# 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 canalaire, 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 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">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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



## Docteur A. BRITEL

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie  
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire  
de Chirurgie Refractive et Cataracte  
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux  
Laser . Angiographie

49, Rue TATA ( Ex. Poincaré ) - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

## الدكتور عبد الرحمن بريطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية  
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة  
الجلالة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون  
أشعة الليزر

49، زنقة طاطا ( بوانكري سابقا ) - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالميعاد

Casablanca, le 13.7.20 الدار البيضاء في

*Sur Rendez Vous*

*V de V*

*OM = + 2.5*

**OPTI VERDUN**  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed Elghannouchi N°8  
Bordeaux Verdun - Casablanca  
Tél./Fax: 05 22 27 33 18 - GSM: 06 61 55 94 89

**Docteur A. BRITEL**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
49, Rue TATA - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18



# OPTI VERDUN

## FACTURE

N° 009298

Date

18/07/2020

Mr.

G. Niam Mohamed

Qté	Designation	Montant
1	monture	700,00
1	V408 OD: +2,50	500,00
1	V408 OG: +2,50	500,00
<b>OPTI VERDUN</b> Opticienne Optométriste Rue Ahmed Ouahbi N° 8 Bordeaux Verdun - Casablanca Tél./Fax: 05 22 27 33 18 - GSM: 06 67 80 94 49		
Total HT	ICE: 00178289000085	1700,00
Total TTC	INPE: 095001343	1700,00

Arrêté la présente facture à la somme de

mille Sept

cent dix francs