

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-559638

N° D 38971

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8135 Société : R47  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHIVAN AHMED  
 Date de naissance : 01/01/69  
 Adresse : RUE IBRAHIM ABU SAH (N° 1) MARSA  
 CAJALANCA  
 Tél. : 0663496876 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

AGREÉ POUR PERMIS DE CONDUIRE  
 8, Bd Yacoub El Mansour - CASA  
 Tél: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 85  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/07/2020  
 Nom et prénom du malade : Nour El AOURA JAMILA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : PERKECTION @ examen des lobes  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 21/07/2020



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
31/07/2020	Examen des halles	1	300,000	INF : 091087932 Dr. LAAYOUN ABDEL MALADIES ET CHI DES YEUX

INF: C91087932

Dr. LAAYOUNI ABDERRAHMAN  
MALADIES ET CHIRURGIE  
DES YEUX

AGRÉÉ POUR PERMIS DE CONDUIRE  
8, Bd Yacoub El Mansour - CASABLANCA  
Tél: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 65

[illegible][illegible][illegible]

**AL SASSI OPTIQUE**  
Opticien - Optométriste  
29, Rue P.L. El Bekkay  
Q.1 - AGADIR  
Tél: 05 28 04 79 13

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>INP :</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: right;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: right;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
		<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agrée pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

## الدكتور عبد الرحمان لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - ليزر - أنجيوجرافي

خريج جامعة منبويلي

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



**LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE**

Casablanca, le 21 / 07 / 2020 . الدار البيضاء, في

Mme EL AOUARI JAMILA

3 Lunettes rouges

$$V = (178^{\circ} - 2) - 5,50$$
$$R = (170^{\circ} - 2) - 5,00$$

3 Contact 4 3/4 ver

Dr. LAAYOUNI ABDERRAHMAN  
MALADIES ET CHIRURGIE  
DES YEUX  
AGRÉÉ POUR PERMIS DE CONDUIRE  
8 Bd. Yacoub EL Mansour - CASA  
Tél: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

8 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3<sup>ème</sup> Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

**AIT SASSI OPTIQUE**

29 RUE PDT EL BEKKAY Q.I

AGADIR TEL : 05.28.84.79.18

Email : aitsassioptic@gmail.com

AGADIR LE : 28/08/2020

**FACTURE : 6663/20****NOM : EL AOURFI JAMILA****DOCTEUR : LAAYOUNI A.**

Qte	DESIGNATION	NOMENCLATURE	MONTANT
02	VERRES ORMA BLANC AR 1.67	410/410	900.00
01	MONTURE OPTIQUE		400.00
			1 300.00

# MILLE TROIS CENT DIRHAMS#

**AIT SASSI OPTIQUE**  
Opticien - Optométriste  
29, Rue Pt. El Bekkay  
Q.I. - AGADIR  
Tél: 05 28 84 79 18