

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

## Declaration de Maladie

N° W19-572026

47 499

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9233

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SABER Souma

Date de naissance :

10/05/62

Adresse :

18 Rue EL GOSMINE RESIDENCE EL ANE 14 APPT 11  
Maj. RAMA CASE BLANC

Tél. :

0666 0898 93

Total des frais engagés :

5107,200 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ophélie Bouché  
Ophthémodiagnoste  
400, Bd Brahim Rouadi - Casablanca  
Tél: 05 22 22 78 18

Date de consultation :

21 OCT. 2020

Nom et prénom du malade :

SABER Souma

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection 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 :

Casablanca

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

MUPRAS  
16 NOV. 2020  
ACCUEIL

# 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
21 OCT. 2020	C2		300,00	<i>[Signature]</i> Dentiste 400, Bd Brahim Rouabah Tel: 079 25 12 34

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KIAVUE OPTIQUE 24, Rue Aziz Bilal Maarif CASABLANCA Tel: 079 25 12 34	27/10/2020	48,00,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

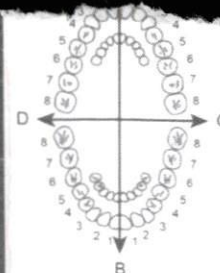
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

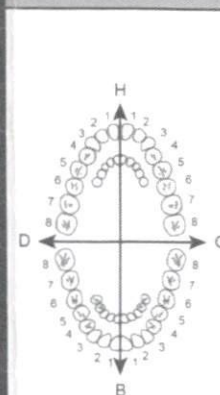
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT 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



**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophtalmologiste**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladie et chirurgie des yeux  
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسي محسن**  
**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 21/10/2014

M<sup>me</sup> SABR 'ZAVRIA'

MAVUE OPTIQUE  
24, Rue AZIBI  
CASABLANCA  
Matière: 02 25 99 12 97  
Fax: 02 25 99 12 97

Revue pour V (Mutter)

$$OD = +1.4 (-0.15) \cdot 30$$

$$ELE = +1.4 (-1.4) \cdot 170$$

Add op = +2.15 OD

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophtalmologiste  
100, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tel: 0522 25 48 83 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA


Var op // inter // Phogranil

Casablanca le : 27/10/2020

FACTURE N° 0611020

NOM CLIENT : M<sup>me</sup> SABER Soumia  
MUTUELLE : MUPRAS

ORDONNANCE DU DR : D'KHissy Mouhssine du 21/10/2020

DESCRIPTIF	MONTANTS TTC
Monture : Optique	1800,00
Verre D : progressif organique Sims 1.5AR Neva Max	1500,00
N° de nomenclature : 431	
Diamètre : 65mm	
Verre G : progressif organique Sims 1.5AR Neva Max	1500,00
N° de nomenclature : 431	
Diamètre : 65mm	
Produits de Lentilles :	
	
	Total TTC : 4800,00 DHS
	Dont TVA Incluse : 800,00 DHS
Arrêtée la présente facture à la somme de TTC DHS quatre Mille huit cents dh	

IF40705545