

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-587193

ND: 53703

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09081 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : ASMI RA CHIO  
Date de naissance : 22/03/1964  
Adresse :  
Tél. : 063352444 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 19/11/2020  
Nom et prénom du malade : ASMI MARWA ALAE Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : confondue  
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 : 30/12/2020

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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	19/11/2020	7700

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cache et signature du Partenaire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						Monture: 100
						Verges correctives
						Total: 300

Cachet et signature  
du Partenaire

**EL MABROUK OPTIQUE**  
Opticienne Ophtalmiste - Contactologue  
GH 2 AL BORDJ - Etablissement 18 N° 2  
Constantine - Tél: 07 00 68 21 11  
email : alameloptique@gmail.com

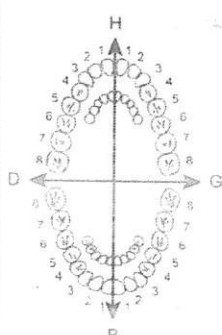
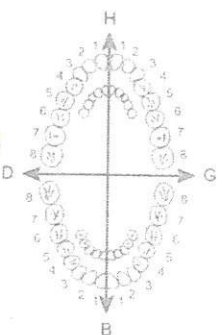
Monture: 100 dhs  
Verres correcteurs: 200 dhs  
Total: 300 dhs.

# 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"/>														
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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> </table>			H		05533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	05533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# EL MABROUKI OPTIQUE

GH2 AL BARAKA BATIMENT 18, N°2  
HAY HASSANI CASABLANCA

## Facture

N° DE FACTURE 202010/029

DATE : 30/11/2020

Client: Mlle ASMI MARWA Alae

DÉSIGNATION	MONTANT
Monture Cerclée	100
Verres correcteurs organiques protection anti lumière Bleue OD: Plan OG: Plan	150
TOTAL TTC DHS	300

Arrêtée la présente facture à la somme de :

\*\*\*\*\*trois cent dirhams\*\*\*\*\*

Mode de Règlement : Par Chèque ou Espèce.

**EL MABROUKI OPTIQUE**  
Opticienne Optométriste - Contactologue  
GH 2 Al Baraka Bâtiment 18 N° 2  
Casablanca - Tél: 07 00 68 21 11  
email : elamaloptique@gmail.com

EL MABROUKI OPTIQUE

Sis Au GH2 AL BARAKA BATIMENT 18, N°2 HAY HASSANI Casablanca

ICE : 002563065000052 - RC : 442098 - Patente : 35003128 - IF : 45771369 - INPE: 095024519

Tél : + 212 (0) 522 69 38 80/ +212 (0) 700 682 111

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV - 75.00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT/عباءة: H5469  
FAB/تاريخ الإنتاج: 01-2020  
EXP/تاريخ الانتهاء: 12-2021

Contactologie  
Strabologie

العيادة بوقسيم مليكة  
طب العيون  
دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
اللايزر....

Casa le : 02 Décembre 2020

Mlle ASMI Marwa Alae

Monture pour enfant + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = + 0.25

OG = + 0.25

75.00  
LEVOPHTA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

PHARMACE OUMERRABII  
D. OUMERRABII  
49, Boulevard Gaudissart, EL HASSANI, EL OUBA  
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 80 72 - Fax: 05 22 90 12 66

OPHTALMOLOGISTE  
Imm. L 30 - Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 90 80 72  
www.boukssim.ma