

# 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.

## 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.

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise 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 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4543

Société :

Retraite (RAM)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KHAOUDI Boucheib

Date de naissance :

12-05-1960

Adresse :

240 Bd AL Joulane SALIMA

Tél.

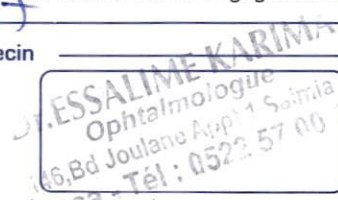
0674370077

Total des frais engagés :

3500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/12/2020

Nom et prénom du malade :

Khaoudi Boucheib

Age :

60 ans

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

12/1/21

21/1/21


Boucheib

Boucheib

[illegible]

25/12/2020

control

**Signature:** 

[illegible]

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>						
<b>Cachet et signature du Praticien</b>	<b>Date des Soins</b>	<b>Nombre</b>				<b>Montant détaillé des Honoraires</b>
		<b>AM</b>	<b>P C</b>	<b>I M</b>	<b>I V</b>	
<p>The stamp contains the following text: <b>Optique ABDO</b> Kadafi Ophtalmiste - Opticien Bd. La Méditerranée n° 90 El Gharbi Blanchica - Tél : 0522 88 12 05</p>	25/12/20					3800,00

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

25/12/20

3500,00

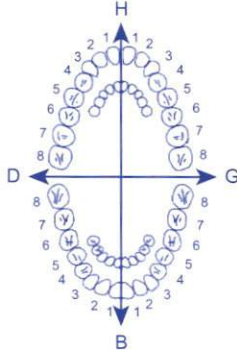
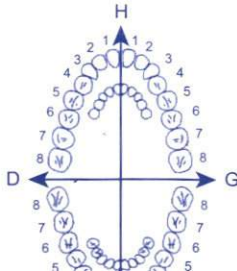
Optique ABDO  
Rabat  
Bd. L'Indépendance - 0522 38 12 05  
Casablanca - Tél.

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

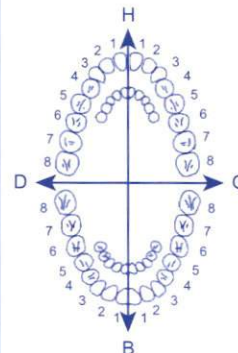
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: right;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: left;"> <b>D</b>  00000000 35533411 </div> <div style="text-align: right;"> <b>G</b>  00000000 11433553 </div> </div> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>B</b>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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 d**

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D		G																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div></div>																					

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

2553341

21433552



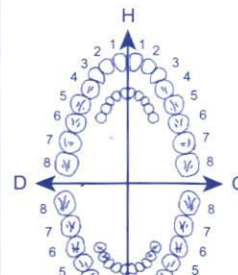
---

---

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



# OPTIC ABDO

RAHIMI

Facture N° :	895-20
Fait à casa le :	25/12/20
A Mr/Mme :	<b>KHAOUDI BOUCHAIB</b>
Docteur :	ESSALIME KARIMA

--

	loin	Prés	DF	PR
OD				522
OG				522

## Fournitures

		Prix
Monture	MONTURE OPTIQUE	600
VERRES	OR AR PRG PHG	2900
Correction		
OD	OG	ADD
(-0,50 à 90)-0,25	(-1 à 100)	2,25

Total (TTC)	3500	ESPECES
-------------	------	---------

Optique ABDO  
cachet  
Bd. Lahraouine n° 249 City Djamaa  
Casablanca - Tél: 0522 38 12 05

## Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



## الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

vendredi 25 décembre 2020

### Mr. KHAOUDI BOUCHAIB

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = -0.25 (-0.50 à 90)

OG = (-1.00 à 100)

VP :

ODG = Add : + 2.25

