

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

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

DCD

55574

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016577

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1482 Société : RAM.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Le traité  
Nom & Prénom : KHAÏLA NOUREDDINE Date de naissance : 01/03/50  
Adresse : NASSIM RUE 1 & 5 1° 24 AN DIAL  
Tél. : 0661 223889 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. NAYME KASIM  
Ophtalmologie  
Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour  
- Casablanca -  
Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95

Date de consultation : 22/10/2020  
Nom et prénom du malade : KHAÏLA NOUREDDINE Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : presbyte + sécheresse 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0016577

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....




# 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
22/10/2020			200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture


	22.10.2020	165,00
---	------------	--------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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


# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

	A M	P C			I M	I V	
	03.11.2020						200,00

# VOLET ADHERENT

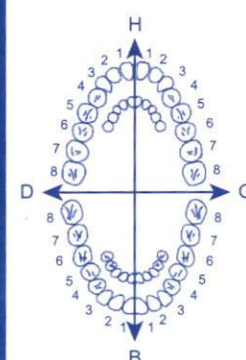
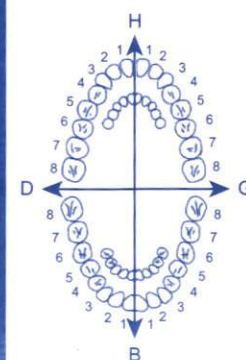
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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



# GOLA

## LUNETTE


FACTURE N° 003507

Casablanca, le 03.11.2020

M

UMAILA

NANNE DINE

Quantité	Designation	P.U.	MONTANT
Deux	ver progressif orange		
01	10,10 (-0,25 = 92)		1000,
01	total		1000,
	Add +22,		
+	mens		500,
	total: 2000,		2000,
LA PRESENTE FACTURE QUI SERVE A LA SOMME - Deux mille cinq cent de DCE 0000 10 821 0000 11			
 133, Rue LARACHE, Bd Yacoub El Mansour, Oulmes - Casablanca Tél: 022 36 03 63			



**Docteur Karim NAYME**

**Ophtalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux



3 2 2 1 9  
2 0 2 0 0 0

PPC:  
165,00 DH

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي والشبكية

جراحة الجفون ومسالك الدموع

casablanca Le 22 octobre 2020

**Mr. KHAÏLA NOUREDDINE**

**XILOIAL UNIDOSE**

1 goutte x 3 / j et a la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Moi

**Dr. NAYME Karim**  
Ophtalmologie  
Lot. Nassim, Lot n°5 Route d'Azemour  
- Casablanca -  
Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5, شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) خزنة النسيم البيضاء

☎ + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

@ karim.nayme@gmail.com 📌 Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

**Docteur Karim NAYME**

**Ophthalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux



**الدكتور كريم النعيم**

**طبيب العيون**

**أمراض وجراحة العيون**

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي والشبكة

جراحة الجفون ومسالك الدموع

**casablanca**

Le **22 octobre 2020**

**Mr. KHAILA NOUREDDINE**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 0.25 à 92°)

OG = + 0.75

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.25

**Dr. NAYME Karim**  
**Ophthalmologie**

Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour  
- Casablanca

Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95

**GOLA**  
**LUNETTE**  
133, Rue Larache Bd Yacoub  
El Mansour Oulmes Casablanca  
Tél: 0522 36 03 63

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemmour) Lot. Nassim Casablanca

5, شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) جزئته النسيم البيضاء

☎ + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

@ karim.nayme@gmail.com 📍 Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim