

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

- 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° W21-825240

199728

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3151 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABO COUAGH

Date de naissance : 01/06/1956 AU IB BADIS

Adresse : QUARTIER EL QUADIS AU IB BADIS

09 21 LAAYOUNE

Tél. : 0670523391 Total des frais engagés : 887,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 19/09/2019 Le : 19/09/2019


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.2.24	206,80
	12.2.24	680,40

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

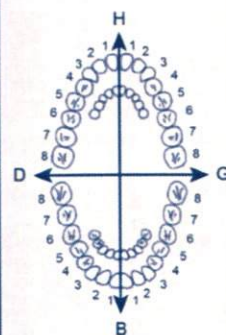
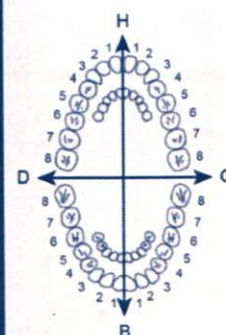
* Il est

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 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



Résidence Annaser 3 cité Salam, Agadir

Facture N° 20240311-636

ABD OUAJH

Maroc

Date de vente : 12/02/2024
Médecin traitant :

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
XALATAN CL 0.005% 2.5ML COLLYRE REF 1100370	5	91,80	TVA (7.00%)	459,00
XOLAMOL CL 5ML COLLYRE	2	110,70	TVA (7.00%)	221,40

Total HT	635,89 DHS
TVA	44,51 DHS
Total	680,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingts DHS et quarante centimes



INPE
042079327

LOT/EXP.:
GL7129
GT6168
12/2025
-- LAPROPHAN --
PPV: 98DH20
Flacon

⇒ x 5 ced

6 118001 040278
Lot:
PPV: 103 DH 40
PER: 08/25
LOT: AH0009

⇒ x 2 ced

6 118001 040278
Lot:
Fab: A10009
Exp: 08 23
08 25
P.P.V: 110 DH 70

⇒ x 2 ced



Dr. Jawad BEN MAHFOUD

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux

الدكتور جواد بن محفوظ

أخصائي في طب
وجراحة العيون

جراحة الجلابة بالدبديات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

الضحص بالدبديات الصوتية
Echographie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

التصوير المقطعي البصري
OCT

الليزر
Laser

طوبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين
بالضوء النابض

Diagnostic de la sechresse oculaire
et traitement à la lumière pulsée

Agadir, le

COMPTE RENDU MEDICAL

Examen ophtalmologique de Mr. OUAJIH ABD Note
un glaucome chronique à angle ouvert nécessitant un
traitement hypnotisant à vie, avec des contrôles réguliers
du tonus oculaire, et du champ visuel.

Glaucome chronique à angle ouvert.
Hypnotisant collyre à vie

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saadi N° 133 Talborjt Agadir
Tél. : 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24
Fax : 05 28 84 71 84

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورجت اكادير (مصحة تيفاوت)
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir (Clinique Tifaoute)
Tél. : 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 : الهاتف : Fax : 05 28 84 71 84 : الفاكس



جراحة الجلالة بالدبذبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

الفحص بالدبذبات الصوتية
Echographie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

التصوير المقطعي البصري
OCT

الليزر
Laser

طوبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين
بالضوء النابض

Diagnostic de la sechresse oculaire
et traitement à la lumière pulsée

Dr. Jawad BEN MAHFOUD

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux

Agadir, le

الدكتور جواد بن محفوظ

أخصائي في طب
وجراحة العيون

11 décembre 2023

OUAJIH ABD

1/ XOLAMOL COLLYRE

1 gtte 2 fois par jour (à 9h et 21h), dans les deux yeux, pendant 6 Mois

2/ XALATAN COLLYRE

1 goutte le soir avant de dormir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saadi N° 133 Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورجت أكادير (مصحة تيفاوت)
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir (Clinique Tifaoute)
Tél.: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 : الهاتف - Fax: 05 28 84 71 84 الفاكس

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **QUARTIER**

Matricule :

N° CIN : **5413231**

Adresse : **QUARTIER EL GHOUDS AVE RUE IBRAHIM BA OUS
21 LAAGOUN**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **Dr. Jawad BEN MAHFOUD**
INP : 041023979

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Glau

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Glau

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- **ALAMOL**
- **ALATAM**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le **12 mai 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Jawad BEN MAHFOUD

OPHTALMOLOGISTE

Bd. Cheikh Saadi N°133 Talborjt - Agadir

Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



Résidence Annaser 3 cité Salam, Agadir

Facture N° 20240311-744

ABD OUAJH

Date de vente : 12/02/2024

Maroc

Médecin traitant :

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
XOLAMOL CL 5ML COLLYRE	2	103,40	TVA (7.00%)	206,80



Total HT	193,27 DHS
TVA	13,53 DHS
Total TVA	206,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent six DHS et quatre-vingts centimes



INPE
042079327