

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° W21-803635

203135

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10262 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENJELLOUN YASMINE
 Date de naissance : 16-03-24
 Adresse : AV PMA RES TAIBA INM D2 APP 12
 TAPPANBOCH
 Tél. : 312 661 24 86 58 Total des frais engagés : 5375,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. Mohamed Yacine**

Cachet du médecin :

EL BAKKOURI
Ophtalmologiste
Imm. Ain Hmida 1, N°303, Av.
Abdelkrim El Khattabi - Marrakech
Tél : 05 25 08 01 18

Date de consultation : 22/03/2024
 Nom et prénom du malade : BENJELLOUN YASMINE Age : 50
 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 : Marrakech Le : 22/03/2024

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
22/03/2024	C.S.	-	250DH	Dr. Mohamed EL BACHOURI Ophthalmologiste Imm. An-Nahda 1, N°303, Av. Abdelkrim El Khattabi - Marrakech Tél : 05 25 00 01 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATTAIBA Dr. Abdellah KANALI Av. My Abdellah, Rue Al-Saraka, Lot. Salima Tél : 05 24 31 1777 INPE: 072012214	22/03/24	124,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

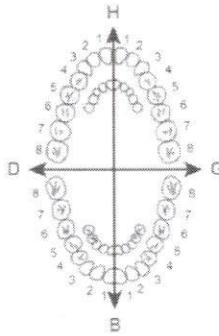
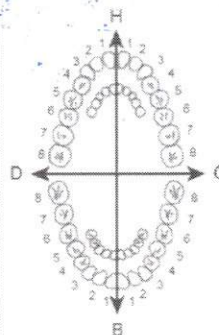
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
IMAGINE OPTIC Av. Prince My Abdellah Imm. TAIBA Magasin N° 16 Marrakech Tél : 05 24 30 69 63 Opticien Optométriste	07/04/24					5000,00

VOLET ADHERENT

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

					COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mme BENJELLOUN Ya

22

Lot

COOPER PHARMA

PPV: 50,60 DH

3T11
10 2023
09 2025

25346502

1/ FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte 3 fois/jour, pendant 10 jours

2/ THEALOSE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, pendant

dans les deux yeux

COOPER PHARMA

PPV: 50,60 DH

3T11
10 2023
09 2025

Dr. Mohamed Yacine
EL BAKKOURI
Ophtalmologiste

Imm. Ain Hmida 1, N° 303, Av.
Abdelkrim El Khattabi - Marrakech
Tél : 05 25 08 01 18



عمارة عين حميدة 1 رقم 303 الطابق رقم 1 أمام مرجان طريق الدار البيضاء

Imm. Aïn Hmida 1, N° 303, 1er étage, Av. Abdelhkim El Khattabi
En face Marjane route de Casa Tél. : 05 25 08 01 18



22 mars 2024

Mme BENJELLOUN Yasmine

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

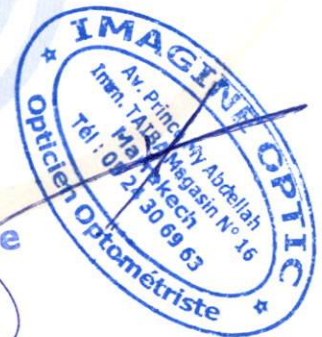
OD = - 1.25 (- 0.75 à 75°)

OG = - 1.00 (- 0.50 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 1.75

**Dr. Mohamed Yacine
EL BAKKOURI
Ophtalmologiste**
Imm. Ain Hmida 1, N° 303 Av.
Abdelkrim El Khattabi - Marrakech
Tél : 05 25 08 01 18



عمارة عين حميدة 1 رقم 303 الطابق رقم 1 أمام مرجان طريق الدار البيضاء

📍 Imm. Ain Hmida 1, N° 303, 1er étage, Av. Abdelkrim El Khattabi
En face Marjane route de Casa 📞 Tél. : 05 25 08 01 18

Imagine Optic

Opticien Optométriste

Av Prince My Abdellah Imm Taiba N°16 Adresse suite

40000 Marrakech

Tél : 0524306963 - Fax : 0524306963 - Email:

imagineoptic@hotmail.fr

RC : 84686 - TP: 45311413 - IF: 69135844

CNSS: 6895629

Date : Mardi 09 Avril 2024

Nom client

BENJELLOUN YASMINE

Facture N° 04-24/16

QTE	Désignation	Prix U	Montant
1	Monture Optique	500,00 MAD	500,00 MAD
1	Progressif Organique 1.50 SEECOAT NEXT PURE BLEU PRESIO W 12	4500,00 MAD	4500,00 MAD
	OD -1.25 (-0.75) 75° Add : +1.75		
	OG -1 (-0.5) 95° Add : +1.75		

Montant Total : **5000,00 MAD**

Dont TVA : **833,33 MAD**

Arrêter la présente facture à la somme de :

*** CINQ MILLE DIRHAMS ***

