

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-516284

NO = 19191

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13181 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Aaroui Benched Nizar

Date de naissance : 11/11/1994

Adresse : 301 Bld e mariane 2 Amerlich Moukkeh

Tél. : 0658 36 72 26 Total des frais engagés : 1603,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Amétropie

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 : 04/02/2020

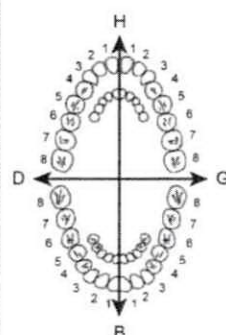
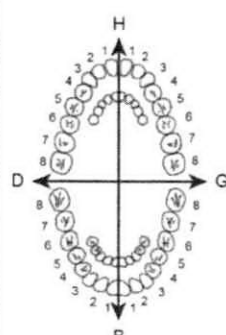
Signature de l'adhérent(e) : Nizar

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
25/01/2020			200	INP : 073178889

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/2020	1403,50 D.H

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Dr. Mohamed EL MANSOURI

Ophtalmologiste

الدكتور محمد المنصوري

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون



El Alaoui Benched  
Niger

Marrakech, le 25/01/2022

visite de loin

OD - 1,00 (-0,75 à 165°)

OG - 0,75 (-1,00 à 0°)

+ contact

Dr. EL MANSOURI Mohamed  
Ophtalmologiste  
Bd Mozdalifa Résidence Riad Nawal  
Imm G Bureau 3, 1er étage - Marrakech  
Tél : 05 24 30 73 36 / 06 61 60 17 02

**PREMIUM OPTIC**  
**ZINEB BEN ABDELKRIM**  
Opticienne - Optométriste  
79 bis, Lot. Igouider Rouidate  
Marrakech - Tél : 05 24 33 26 77

شارع مزدلفة إقامة رياض نوال عمارة G مكتب 3 الطابق الأول بقرب صيدلية مزدلفة

Bd Mozdalifa Résidence Riad Nawal Imm G Bureau 3, 1er étage

(à côté Pharmacie Mozdalifa) - Marrakech - Tél.: 05 24 30 73 36 - GSM : 06 61 60 17 02



Opticienne - Optométriste

CLIENT : Mr . AL ALAOUI BENCHAD Nizar

FACTURE N° : 0401/20

DATE : 29/01/2020

Description	Qté	Prix unitaire	Total
Lunettes de vue pour homme	1	400,00	400,00
Verre OD: HOYA 1.5 ORG ANTI REFLET BLEU CONTROL Sph -1,00 Cyl-0,75 Axe 165°	1	500,00	500,00
Verre OG: HOYA 1.5 ORG ANTI REFLET BLEU CONTROL Sph -0,75 Cyl-1,00 Axe 180°	1	500,00	500,00

TOTAL TTC : 1400,00

Droit de timbre(0,25 %): 3,50

NET A PAYER : 1403,50

En votre aimable règlement : Mille quatre cent trois dirhams et cinquante centimes .

**PREMIUM OPTIC**  
**ZINEB BEN ABDELKRIM**  
Opticienne - Optométriste  
79 Bis, Lot Igouider Rouidate  
Marrakech - Tél : 05 24 33 26 77

Adresse : 79 bis, Lot. Igouider Rouidate - Marrakech

Tel : 05 24 33 26 77

Patente : 45317025 R.C : 120824 L.F : 15266236 CNSS : 4689983 ICE : 00017654100070

INPE : 075010165