

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

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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° P19-0027732

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1736

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAREB ABDELILAH

Date de naissance : 17.07.1953

Adresse : Lot. ASIMANI FAHICA TARGA

MARRAKECH 40000

Tél. : 0671363448

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 DEC 2019

Nom et prénom du malade : BOUCHAREB ABDELILAH Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

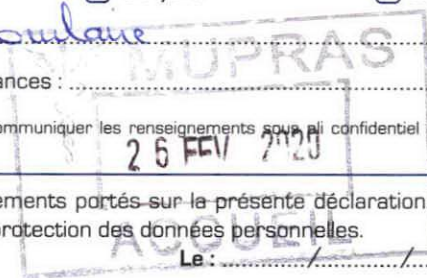
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelilah Bouchareb



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet attestant le Paiement des Actes
02 DEC 2019	CS		3000H	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

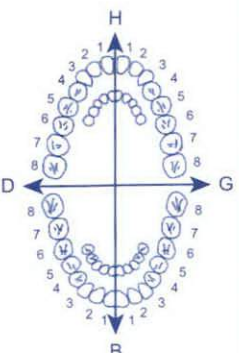
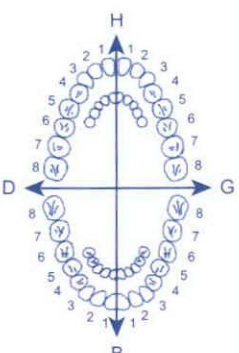
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20/04/20	verres optiques				369.00

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															
				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 CCEFFICIENT 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 colspan="2">D ————— 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		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

Dr. BENBOUZID Nouredine

SPECIALISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ancien Médecin Chef de l'hôpital EL Antaki

Agrée pour la Visite du Permis de Conduire

Sur Rendez-vous

دكتور بنوزيد نور الدين

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبيلي

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى الأنطاكي

معتمد لشهادة السياقة

بالموعد

Marrakech, le 26/09/2019 في مراكش،

Prescription

Donner à

01. (80° - 2,75) + 1

02. (80° - 2,75) + 0,50

03. (80° - 2,75) + 2,00



Dr. BENBOUZID NOUREDDINE
OPHTALMOLOGISTE
Av. Allal EL Fassi Imm N°15 Entrée C3
Tél : 05 24 31 18 65

شارع علال الفاسي، عمارة نفيس، مدخل س 3 (أمام البنك م.ت.خ) - الداوديات - مراكش - الهاتف: 05 24 31 18 65

Av. Allal EL Fassi Imm. N°15, "C" 3 (en Face de la B.M.C.E) - Daoudiate - Marrakech - Tél : 05 24 31 18 65



327, Boulevard Zerktouni, Quartier
Bourgogne 20053 Casablanca Maroc
Tél: 00212522200357
E-Mail: contact@opticalys.ma
Site Web: www.opticalys.ma



M. BOUCHAREB ABDELILAH

FACTURE N° : F20/6020

Date : 20/02/2020



Désignation	Qté	Prix unit.	Remise	Valeur	TVA
VISION DE PRES:					
INDO verre minéral 1.5 blanc Min AD	1	180.00		180.00	20.0
INDO verre minéral 1.5 blanc Min AD	1	180.00		180.00	20.0
Corrections :					
VL D. Sph: +1.00 Cyl: -0.75 Axe: 80° Add: +2.50					
VL G. Sph: +0.50 Cyl: -0.75 Axe: 80° Add: +2.50					
VP D. Sph: +3.50 Cyl: -0.75 Axe: 80°					
VP G. Sph: +3.00 Cyl: -0.75 Axe: 80°					
Total	2			360.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
300.00	60.00	360.00	360.00	0.00 DH

