

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, parodontologie 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

- 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° W21-612162

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5502 Société : 61389
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL ABBI MY abdellah m
 Date de naissance : 30 / 4 / 63
 Adresse : AGADIR 1111 AL HOUA A RES PPR
 Tél : 0666199489 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL ABBI MY
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ enfant
 Nature de la maladie : Amie
 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 : AGADIR Le : 26 / 02 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) :

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
21/02/2021	Anamnèse		2500.0	<p>INP: 000016437</p> <p>د. عبد الغفور الطبيب المختص الطبيب الأول رقم 3 البركان الهاتف 28 33 07 08</p>

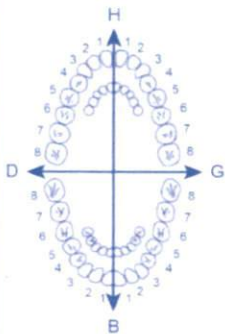
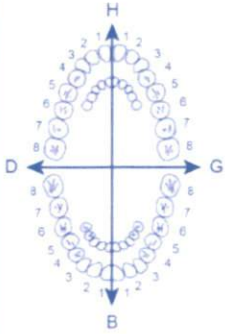
[illegible][illegible][illegible]

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdalaaziz CHAIKHY

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux



الدكتور عبد العزيز شايخي

إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

إنزغان، في : 12/07/2022 : Inezgane, le :

El Abbi. Mohamed

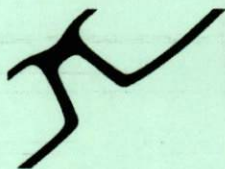
Jeune pour

d - 2,25 (- 1.50)

o - 2,25 (- 0,50 - 1.70)

الدكتور شايخي عبد العزيز
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
شارع محمد الخامس عمارة BMCI
الطابق الأول رقم 3 إنزغان
الهاتف 05 28 33 07 08

HASSANI OPTIC
Opticien - Optométriste
Contactologue - Oculariste
N° 20-Ed. 11 Janvier Cité Hassani
(Taghzout) INEZGANE 86350
Tél : 06.77777.450



HASSANI OPTIC

OPTICIEN - OPTOMETRISTE - CONTACTOLOGUE

Facture

HASSANI OPTIC
Opticien - Optométriste
Contactologue - Oculiste

N° 15246/2019
N° 20, Bd. 11 Janvier Cité Hassani
(Taghzout) INEZGANE 86350
Tél : 06.77777.450

Nom :

E-l Abdi
Fatimazahra

Date :

25/01/2019

	Description	Remarque	Prix
Verres	OD : -2.25 / -1.0 à 20	Organique AN	17000
	OG : -2.25 / -1.0 à 20	Blue Cut	
	Add : /	1.57	
Monture	Optique	/	3000
Lentille	OD : /	/	/
	OG : /	/	/

HASSANI OPTIC
Opticien - Optométriste
Contactologue - Oculiste
N° 20, Bd. 11 Janvier Cité Hassani
(Taghzout) INEZGANE 86350
Tél : 06.77777.450

Total :

20000 DA

TVA 20%

TTC

N° 20 Bd 11 Janvier, Cité Hassani, Taghzout, INEZGANE - Tél/Fax : 05 28 33 29 28

ICE:001965198000012 IF:15205095 Patente:49331144 RC:42144 INPE : 040516748

Dr. Abdalaaziz CHAIKHY

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux



الدكتور عبد العزيز شايخي

إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

إنزغان، في : 01/02/2011

M. El Abbi Lotim? L. L. L.

Abene fuc die w. L. L.

ophthalmologue à Abene fuc

الدكتور شايخي عبد العزيز
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع محمد الخامس عمارة BMCI
الطابق الأول رقم 3 إنزغان
الهاتف 05 28 33 07 08