

# 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

- 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 Aliat Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aliat Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

N° W19-508523

☒ Optique

☒ Autre

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 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 :

Le : 24/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-508523

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



# 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
24/03/2021	cr	1	250,00	INP : 91088777 Dr. A. BENJELLOUN Ophtalmologiste 18, Rue Chénoua 20000 04 77 11 11 11

# 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
LUXOPTIC 198 Avenue de la République Fon. 05 22 43 85 74 / 05 22 47 48 89	30/03/21					1400,00

VOLET ADHERENT

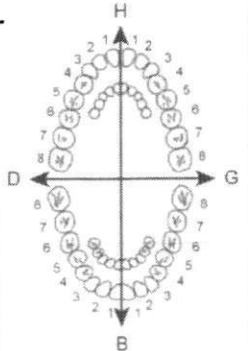
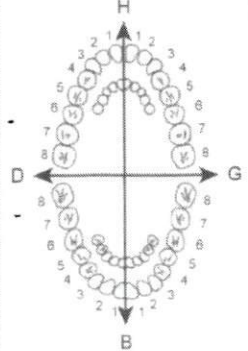
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'OD

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

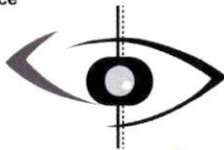
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

**Docteur Aziz Amine BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGIE-CHIRURGIE**

Diplômé des Universités de Paris-île-de France

Ancien attaché aux hôpitaux HÔTEL-DIEU  
ET BROUSSAIS-PARIS

ANGIOGRAPHIE-LASER-STRABISME  
LENTILLES DE CONTACT



**الدكتور عزيز أمين بنجلون**

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات  
تخطيط الأوعية، لآزر

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 24/03/2021 في الدار البيضاء،

*Dr Amine BENJELLOUN*

*Prescription de Lunettes*  
*Verres + monture*

*VL OD -6,50 (-0,75 à 90°)*  
*OG -6,50*  
*ambly/Bt*

**LUXOPTIC**

196, Avenue Mers Sultan-Casablanca  
Tél: 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 09

**DR A. BENJELLOUN**  
Ophtalmologiste  
18, Rue Gharnata 2ème Etage  
Casablanca Tél: 05 22 48 05 74





196, AVENUE MERS-SULTAN - CASABLANCA

Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

FACTURE N° 0009008

Le 30/03/2021

MR BIFDEN AMINE

Ordonnance de Mr le Docteur AZIZ AMINE BENJELLOUN

N° de nomenclature correspondant à la prescription	Loin {	O.D. =	Près {	O.D. =	D.F. {	O.D. =
		O.G. =		O.G. =		O.G. =

## FOURNITURES :

1 Montures : PLASTIQUES 700

2 Verres : ORGANIQUES ANTIREFLETS 700

Amincis

TOTAL

1400,00

la présente facture arrêtée à la somme de Dh.

Dont T.V.A. 20% inclus:

MILLE QUATRE CENT DIRHAM'S

LUXOPTIC

196, Avenue Mers-Sultan - Casablanca

Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

RECEVE PAR CHÈQUE

R.C. : 252634 - C.N.S.S : 2622323 - T.P : 34204128 -

- ICE : 000834271000023

I.F: 41805998