

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration : contact@mupras.com
Personne 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.

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° M21- 0050961

86073

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 054 38

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENBOUH A M Shant

Date de naissance : 20/05/1968

Adresse : A. H

Tél. : 060 61 27 29

Total des frais engagés : 30 + 4700 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENNOUNA Kamal
OPHTALMOLOGISTE
77, Rue Prince Moulay Abdallah
CASA, Tél. : 0522 27 01 75
0522 47 08 90

Date de consultation : 16/09/2021

Nom et prénom du malade : JAMALEDDINE LAILA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ametropie

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 : 18/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

OPHTHALMOLOGISTE

77, Rue Prince Moulay Abdallah
CASA, Tel. : 0522 27 51 75
0522 47 08 90

[illegible]

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 <i>[Signature]</i>	<i>25/09/21</i>					<i>4500,-</i>

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

Important :

Veillez 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	
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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 L'



نظارات اسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE: 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0014525

Casablanca, le

25/09/21

M JAMALEDDINE LAILA Doit

Nature des Verres	Vision de Loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
ODMA AL Rhi	OD OG	OD OG	OD OG	OD 450 OG 450
Monture	Métal	Plastique		450,00
V.L : -OD (35, +0,75)				200,00
-OG (175, +0,75)				200,00
V.P : -OD				
-OG				
ADD : 200,00 + 2,00				
TOTAL				450,00

Arrêtée la presnte facture à la somme. de quatre mille
cinq cents

Docteur BENNOUNA Kamal

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de La Faculté de Médecine de Montpellier

MALADIES et CHIRURGIE des YEUX

CHIRURGIE de la MYOPIE AU LASER

ANGIOGRAPHIE - LASER

الدكتور بنونة كمال

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبولى

جراحة قصر النظر بأشعة الليزر

Casablanca Le, 16/09/2021 الدار البيضاء في

Madame JAMALEDDINE Laila

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

VERRES PROGRESSIFS ANTIREFLETS AMINCIS

Oeil Droit : ($30^{\circ} + 0,75$) , Addition + 2,00

Oeil Gauche : ($150^{\circ} + 0,75$) , Addition + 2,00

Dr BENNOUNA Kamal
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél: 0522 27 51 75 / 05 22 47 08 90

77. زنقة الأمير مولاي عبد الله (زاوية شارع للا الياقوت) - الدار البيضاء

77, Rue Prince Moulay Abdellah (Angle Bd . Lalla Yacout) - Casablanca



05 22 27 51 75

05 22 47 08 90