

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0051980

N°: 87733

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962 Casablanca

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N°02 HAYTILILA AGADIR

Tél. : 0667122441 Total des frais engagés : 10500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2021

Nom et prénom du malade : IMAKOR AYA Age :

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 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 : Le : / /


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
21/09/2021	Ccs		250,1	Docteur DRIOUCHE Sal Ophtalmologiste Imm. Illigh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App. 302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahda - Agadir - Tél : 05 28 826 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 OPTICIEN OPTOMETRISTE N° 001568018000 N° PE : 0450 0014	24/09/2021	800 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

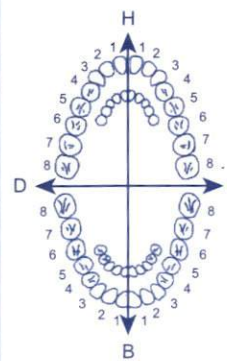
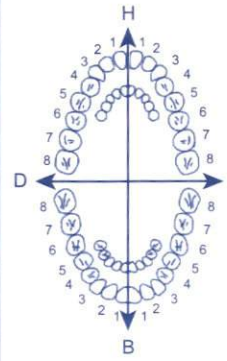
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan

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 <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			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

Docteur DRIOUICHE Said

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux
Ancien Ophtalmologiste à l'hôpital Hassan II Agadir
Diplômé de Chirurgie Vitro-rétine de Bordeaux

Cataracte par phacoémulsification
Glaucome - Strabisme - Voies Lacrymales
Angiographie - Laser - Lentilles de contact



الدكتور ادرويش سعيد

اختصاصي في طب و جراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة العيون بمستشفى الحسن الثاني بأكادير
دبلوم جراحة الشبكية من بوردو - فرنسا

الجلالة بالموجات فوق الصوتية - الزرق - مسالك الدموع
الحول - الليزر - تصوير الشبكية
العدسات اللاصقة

أكادير في 21/9/21 Agadir, le

M^h IMAKOR Ayra

Handwritten signature

Di: - 1,50 (- 25 à 165)

Di: - 1,75 (- 25 à 175)



Docteur DRIOUICHE Said
Ophtalmologiste
Imm. Illigh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App.302
Moulay Ismail Hay Ennahda - Agadir - Tél.: 05 28 826 862

ORDONNANCE

ICE: 001636037000025

Le: 21/09/2021

IMAKOR AYA

Consultation (S)
= 250,00 dh

Don certifiante ditus

الدكتور ادريس سعيد
Docteur DRIOUCHE Said
Ophtalmologiste

Imm. Illigh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App. 302

HABIB OPTIC.
44B Avenue Mehdi Ben Berka
Riad Salam AGADIR
Tél : 0528-21-06-88
Patente : 67598097 / RC. 48432



COMPTE : BMCE HASSAN 1^{ER} AGADIR
011.010.0000.06.210.00.01691.04

ICE 001568018000037

IF :75766192

FACTURE 2082021

24/09/2021

POUR :IMAKOR AYA

<u>Désignation</u>		<u>Prix TTC</u>
<u>Monture</u>	OPTIQUE	400 DH
<u>verres</u>	ORAGANIQUES OD= -1.50(-0.25 165) OG= -1.75(-0.25 175)	400 DH

TOTAL : 800 DH.

Arrête cette présente facture à la somme de : Huit cent Dirhams.

Signé: