

# 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.

### Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com) X  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 058769

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 2 1 4 6 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MOUJIANE Lahoussine

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : 1037, BELBAKAR-I-DAOUDIATE

HAY MOHAMMADI - MARRAKECH

Tél. : 06 99 74 13 00 Total des frais engagés : 2.550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : Moujiane Lahoussine 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

Le : 09/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058769

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
	CS		250 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>DRISS TAMINE</b> OPTICIEN OPTOMETRISTE OPTIQUE ARIHA N°69 BIS. UNITÉ 2 TAKADOU HAY DAUDATE MARRAKECH TEL 05 24 05 70 74	02/12/2021	2300,00

# 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	

VOLET ADHERENT

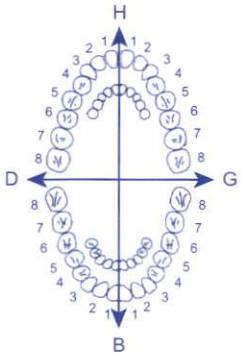
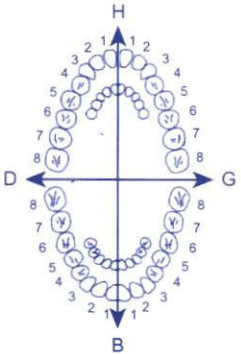
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BENBOUZID Asmaa**

**Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux**



**الدكتورة بنبوزيد أسماء**

**إختصاصية في أمراض وجراحة العيون**

Ancien Médecin du CHU Med VI de Marrakech

- Diplôme d'Ophtalmologie pediatrique

- Diplôme œil et Médecine interne

Hôpitaux de Paris - France

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي - مراكش

- دبلوم طب عيون الأطفال

- دبلوم العين والأمراض الباطنية

مستشفيات باريس - فرنسا

Marrakech, le : 01 Dec 2021 : مراكش، في :

Dr. BENBOUZID ASMAA  
OPHTALMILOGISTE  
Avenue Allal EL Fassi,  
Imm. N°15 Entrée C3 - Marrakech  
Tel : 05 24 31 18 65

Moujjane

LAHOUSINE

lunettes vision de loin  
(Mirroirs)  
(progressifs)

OD = - 0,50 (- 0,50 à 140°)  
OG = - 1,50 (- 0,75 à 170°)  
Addition VP  
+ 3,00 ODG

DRISS TAMINE  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
OPTIQUE ARIHA  
N°69 BIS, UNITÉ 2 TAKABOUM  
HAY DAUDIATE MARRAKECH  
TEL : 05 24 31 18 65

BENBOUZID ASMAA  
OPHTALMOLOGISTE  
Avenue Allal EL Fassi,  
Imm. N°15 Entrée C3 - Marrakech  
Tel : 05 24 31 18 65

Sur Rendez-vous

بالموعد :

شارع علال الفاسي، عمارة نفيس 1 مدخل «س» 3، الطابق الأول (أمام البنك م.ت.خ وفندق رضوان) - الداوديات  
Av. Allal El Fassi, Imm. N°15 Entrée "C3" 1er Etage (En face de la B.M.C.E et Hôtel Rédouane) - Daoudiate  
Marrakech - Tél : 05 24 31 18 65 - 07 03 03 00 72 : الهاتف - مراكش



**Docteur BENBOUZID Asmaa**

**Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux**



**الدكتورة بنبوزيد أسماء**

**إختصاصية في أمراض وجراحة العيون**

Ancien Médecin du CHU Med VI de Marrakech

- Diplôme d'Ophtalmologie pediatrique

- Diplôme œil et Médecine interne

Hôpitaux de Paris - France

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي - مراكش

- دبلوم طب عيون الأطفال

- دبلوم العين والأمراض الباطنية

مستشفيات باريس - فرنسا

Marrakech, le : ٠٨ / ١٢ / ٢١ : مراكش، في

*FACTURE*

N° PATENTE

45301229

REÇU MOUJJANE LAHOUSSINE

250 DH

FRAIS DE CONSULTATION

Sur Rendez-vous

بالموعد :

شارع علال الفاسي، عمارة نفيس 1 مدخل «س» 3، الطابق الأول (أمام البنك م.ت.خ وفندق رضوان) - الداوديات  
Av. Allal El Fassi, Imm. N'Fis 1 Entrée "C3" 1er Etage (En face de la B.M.C.E et Hôtel Rédouane) - Daoudiate  
مراكش - الهاتف : 05 24 31 18 65 - 07 03 03 00 72 Marrakech

# ARIHA Optique

N° 001342

A Marrakch Le :

Facture N° :

M :

Maijjane Lahoussine

	Quantité	P.Unit.	P.Total
Monture	1	500,00	500,00
Verres : VL BL <input type="checkbox"/> Ar <input type="checkbox"/> PHx <input type="checkbox"/>	—	—	—
Verres : VP BL <input type="checkbox"/> Ar <input type="checkbox"/> PHx <input type="checkbox"/>	—	—	—
Verres : Prog BL <input type="checkbox"/> Ar <input checked="" type="checkbox"/> PHx <input checked="" type="checkbox"/>	2	900,00	1800,00
OD : -0,50 (-0,50 à 140) OG : -1,50 (-0,75 à 170) ADD : 2,00	Total		2300,00

Arrête la présente facture à la somme de :

trois cent cinquante

Signature

DRISS TAMINE  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
OPTIQUE ARIHA  
UNITEE TAKADOUM  
MARRAKECH

N° 69 Bis, Unité 2 Takadoud Hay Daoudiat - Marrakech

Gsm : 06 62 60 64 83 / Tél : 05 24 05 06 79

INPE : 075009548 - N° DE PATENTE : 45338411 - ICE : 001909633000065 - JP : 30798 / 2017

IF : 20758074 - NRC : 124254