

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 rééducation.
- 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 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° W19-578277

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578277

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).

MUPRAS
M. 03 JUN 2022
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :
ACCUEIL
A. BOURAKBI

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
21/04/2022		5	250.-	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/22	1127

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	
	21/04/22					1000.-

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ	
Le praticien est prié de préciser la dent	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINA MA
	25533 00000 D 00000 35533
[Création, Réparation, Adjournement] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

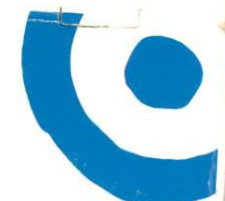
Lot 490661
Fab 11/2021
EXP 10/2024



1
 صبر
 هلام للعين
 قطرات لزجة للعين
 974P
 كربومير
 أنبوب يحتوي على
 10g

Gel-larmes®
 Gel ophtalmique
 Carbone 974P
 Tube de 10g

Lot 490642
Fab 05/2021
EXP 04/2024



1
 صبر
 هلام للعين
 قطرات لزجة للعين
 974P
 كربومير
 أنبوب يحتوي على
 10g

Gel-larmes®
 Gel ophtalmique
 Carbone 974P
 Tube de 10g

Docteur DRIOUICHE Said

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux
Ancien Ophtalmologiste à l'hôpital Hassan II Agadir
Diplômé de Chirurgie Vitré-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 بورنو - فرنسا

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

أكادير في 21/04/22 Agadir, le

M^r ABEROUEN Aissa

Signature

OD +2.00 (-1.50 65)

OS +2.25 (-1.50 85)

PHARMACIE BORJ TADDART
45, Imm. 14 Programme Tiquemi
Avenue des FAR - AGADIR
Tél: 05 28 82 32 13
ICE: 001676902000044

28 Addit + 3.00

35.70

- Tahedrac

Tahedrac x 15

41.50 x 2

- Gel Lens

un le 1er Aug

117.70

DRIT SAGGI OPTIQUE
Opticien - Optométriste
29, Rue Pt. El Bekkay
Q.1 - AGADIR
Tél: 05 28 64 79 18



الدكتور ادرويش سعيد
DRIOUICHE Said
face Imm. Gendarmerie
302 Agadir - Tél: 05 28 82 86 62

05 28 826 862 :الهاتف: 302 شارع مولاي إسماعيل حي النهضة أكادير - الهاتف:
Immeuble Illigh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App.302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahd Agadir - Tél.: 05 28 826 862

AIT SASSI OPTIQUE

29 RUE PDT EL BEKKAY Q.I

AGADIR

TEL : 05.28.84.79.18

21/04/2022

Email : aitsassioptic@gmail.com

FACTURE : 297/22

NOM : ABEROUCH AISSA**DOCTEUR : DRIOUICHE SAID**

Qte	DESIGNATION	NOMENCLATURE	MONTANT
02	VERRES ORMA PGX AR VISION LOIN	407/407	400.00
01	MONTURE OPTIC		400.00
02	VERRES ORMA BLANC VISION PRES	408/408	200.00
			1 000.00

AIT SASSI OPTIQUE
Opticien - Optométriste
29, Rue PL. El Bekkay
Q.I. - AGADIR
Tél: 05 28 84 79 18

MILLE DIRHAMS#

RC : 28128 - PATENTE : 48106901 - TVA : 258333 - I.F : 75734900 - ICE : 001813031000086 - INPE : 045000122