

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-761830

24/12/25



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1423

Société : RAN

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LECHHEB Aouar

Date de naissance :

11/11/1953

Adresse :

109 B^e Avenue EL KHAYAR Casab

Tél. : 066176535 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16 DEC. 2022

Nom et prénom du malade :

M Lui-même

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

R ACCUEIL C NINA

En cas d'accident précisez 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

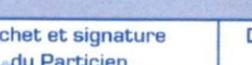
Age : _____

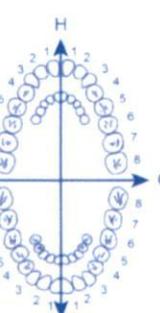
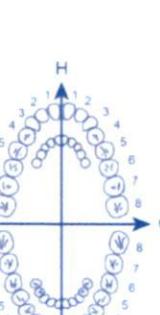
Enfant

Le : 15/12/2022

RELEVE 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 honoraires
11 OCT. 2022	C	1	300	INP : 0910921 فديصل العسوي راقي Dr. Faycal L A

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	
	14/11/2018	1	1	1	1	900,00 850,00 2 500,00 5 250,00

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	35533411	11433553
H	21433552															
25533412	00000000															
D	00000000															
00000000	00000000															
B	35533411															
35533411	11433553															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												



OPTI VERDUN

FACTURE

N° 008891

Date 14/11/2008

Mr L Echhab OMAR

Qté	Designation	Montant
1	monture	900,00
1	Vu08 OD: -1,25 (+0,50) 0	2500,00
1	Vu08 OC: +2,00	2500,00
	Add: 0,50	50
Verses	progressif	OPTI VERDUN Opticien Opticien Rue Ahmed Ouahbi N° 8 Bd. Bordeaux (Derrière Cinéma Verdun) - Casablanca Tél./Fax : 05 22 27 33 18 - GSM : 06 67 80 94 49 - E-mail : opticverdun@live.fr
Total HT	5900,00	
Total TTC	5900,00 HT	

Arrêté la présente facture à la somme de cinq mille
cent dirhams

DOCTEUR FAYCAL LARAKI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

DIPLOME D'ÉTUDES SPECIALES
D'OPHTALMOLOGIE ,

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de Contact

Ex. Médecin Polyclinique CNSS



الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

11 OCT. 2022

Casablanca, le : الدار البيضاء، في:

M : LECHHEB Omar.

Lunettes :

Loin : O. D.

+1,25 (+0,56 0)

: O. G.

+2

Près : O. D.)

: O. G.)

Ashtakor +2,56

- Progressifs
- Double foyers
- Photograys
- Incassables
- Anti-reflets

Fille Bleu

~~OPTI VERDUN~~

Opticienne Optométriste

Mme. CHERGAT Btissam

Rue Ahmed Ouahbi N° Bordeaux Verdun - Casablanca

Tél./Fax: 0522 27 33 18 - Gsm: 06 67 80 94 49

الدكتور فيصل العراقي

Dr. Faycal LARAKI

OPHTHALMOLOGISTE

11, Bd Zerkouni

Tél. 22.49.10.11 - CASABLANCA

11 شارع الزرقطوني إقامة طرفية - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya CASABLANCA - Tél. : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10