

## 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 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

- 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.

**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

## Complément Déclaration de Maladie

N° W21-773323

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAS

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSICI Abdelmajid

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : 23, RESID FLEURY, IPT 29

215 ANOUAL KENITRA

Tél. : 066020 86 85

Total des frais engagés : 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-773323

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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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	

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 :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D 00000000	G 00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Declaration made by:



---

---

---



A remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient

Date de naissance

Adresse de l'habitation

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause

Par

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date de la consultation	Diagnose	Nature et description des soins	Prescription (Médicaments, examens, etc.)	Signature du Médecin
-------------------------	----------	---------------------------------	---	----------------------

20/10/2022 1 C 250 clt

N° ICE N° INP

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'exécution	Quantité des médicaments	Cachet du pharmacien attestant le paiement
---------------------	--------------------------	--

22/10/2022 250

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

Analyses Radiographies

Date de l'examen	Désignation de l'examen	Montant des honoraires	Signature du médecin prescripteur
------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------------------

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances Etabli le

Facture Nombre de séances Etabli le

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature du médecin prescripteur
----------------	--------	------------------------	-----------------------------------

25/10/2022 Tr 2200,00

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

N° ICE N° INP

PHARMACIE  
N° 05 77 77 61  
775030000

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier

X



Dr. Fadela MAHDI  
Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Angiographie numérisée  
Laser - OCT  
Ex-attachée à l'hôpital militaire  
d'Instruction Mohamed V - Rabat

CABINET  
D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة فضيلة مهدي  
أخصائية في أمراض وجراحة العيون  
تصوير لأوعية المرقوم - الليزر  
فحص الشبكة بالليزر  
طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري  
الدراسي محمد V - الرباط

KHAYE

NADIA

Kenitra, le 22/10/2022

79.00

J. Pure collage

au goutte x 3/5 ou

post 6 mce

PPC 79,00 DH

LOT 05 0421  
2024 04



PHARMACIE BIR RABAH  
M. EL AGGASANI SAID  
14, rue de la Liberté  
30000 Rabat  
Tél: 05 37 39 42 40

Dr. Fadela MAHDI  
Ophtalmologue  
M. Mohamed El Aggassani  
Angiographie - Laser - OCT  
Ex-attachée à l'hôpital militaire  
d'Instruction Mohamed V - Rabat  
Kenitra - Tél: 05 37 39 42 40

شارع محمد الديوري زنقة أميرة عائشة عمارة النخيل الملاق الأول رقم 9 - القنيطرة



**Dr. Fadela MAHDI**  
Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Angiographie numérisée  
Laser - OCT  
Ex. attachée à l'Hôpital militaire  
d'instruction Mohamed V - Rabat

CABINET  
D'OPHTALMOLOGIE

KHAYAT

Kénitra

الدكتورة فضيلة مهدي  
أخصائية في أمراض وجراحة العيون  
تصوير لأوعية المرقوم - الليزر  
فحص الشبكة بالليزر  
طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري  
الدراسي محمد V - الرباط

NADIA

2022/10/20

تصحيح النظر

$OD = -0,25 (-0,25 \div 45^\circ)$

$-0,50 \div 145^\circ$

تصحيح النظر

$OS = 2,00 + 0,75$

OPTIQUE  
H ALAMI KADOUAR  
Ophtalmologiste  
El Hansali, Mar 69  
Tel: 05 37 36 50 90  
001667375000070

Dr. Fadela MAHDI  
Ophtalmologue  
rue Amira Alchid n° 9  
Kénitra - Tel: 05 37 39 42 30



# Confort Optique

Kénitra, Le 25/10/2022

17, Rue El Hansali Mag N°1 (Près de C.T.M)  
Kénitra - Tél. : (05) 37 36 60 90

R.C. : 45468 - Patente : 201 10 942  
I.F. : 288 23 742 - CNSS : 65 85 262

**FACTURE**

N° 0787

CONFORT OPTIQUE  
MECHICH ALAMI  
Opticienne Optométriste  
17, Rue El Hansali, Mag N°1  
Kénitra - Tél: 05 37 36 60 90  
ICE : 001657375000030

M. KHAYIR

Dr. FADHEL RAHDI

NADIA

VISION DE LOIN

VISION DE PRES

OD: Sph -0,25 Cyl (-0,25)

OD: Sph

Cyl

OG: Sph Plan Cyl (-0,50)

OG: Sph

Cyl

Add: +0,75

QUANTITÉ

DESIGNATION

PRIX

Monture :

1000,00 DH

Verres : organique Anti Reflet

500,00 DH

Verres : organique Anti Reflet

700,00 DH

MONTANT (en lettres)

Total TTC :

2200,00 DH

Cachet Signature

Perd Dille de

CONFORT OPTIQUE  
MECHICH ALAMI Kaoular  
Opticienne Optométriste  
17, Rue El Hansali, Mag N°1  
Kénitra - Tél: 05 37 36 60 90  
ICE : 001657375000030





**Quittance De Remboursement  
Maladie – Maternité**

Société	: AXA FRANCE IARD	N° de sinistre	: 92393008
Contrat n°	: 010 070171 / 00	N° dossier	: 7769770
N° d'affiliation	: 2648	Date de survenance	: 22/10/2022
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 09/11/2022
Assuré	: KHAYER NADIA	Date de remboursement	: 10/11/2022
Bénéficiaire	: KHAYER NADIA	Médecin	: *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	90.00	0,00	225,00
VERRES	1 200,00	1 000,00	0	90.00	0,00	900,00
MONTURE	1 000,00	833,33	0	90.00	0,00	749,99
	2 450,00	2 083,33			0,00	1 874,99

Observations : nr tva + pure

Informations :