

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-669101

143674
Parrain

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2111

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

Autre :

ABEROUCHI AISSA

Immeuble EL Menzeh - N° 3113 - Av des FAR - AGADIR

686 Dhs

Autres

ROYAL AIR MAROC

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/11/2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-669101

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 :

Autorisation CNDP N° A 215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/10/2022 | | C 5 | 250,00 | INP : L. B. 12/10/2022 Docteur RIONUCHI Am. 11/ign A1 en face imm. kendamboi Jl. 302 Av. Mly. Ismail Hay Annaah ADIR - Tel : 05 28 826 86. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 10.11.2022 | 512,40 |
| | | 3038330 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

BELÈVE 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 | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | B 35533411 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux
Ancien Ophthalmologiste à l'hôpital Hassan II Agadir
Diplômé de Chirurgie Vitré-Rétine de Bordeaux

الدكتور ادرويش سعيد
اختصاصي في طب وجراحة العيون



طبيب سائق بمصلحة العيون بمستشفى الحسن الثاني بأكادير
diploma in Eye Surgery from Agadir - France

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

المجلة باللوجات فوق الصوتية - الزرق - مسالك الدموع
القول - البيرز - تصوير الشبكية
العدسات اللاصقة

Agadir, le 10/11/22 أكادير في

M^e ABBAROUEH Amine

- Roxter C



right eye x 60

76,20 x 2

- Hylafel



eye 30g drops

180,00 x 2



دكتور ادرويش سعيد
Dr. DRIOUICHE Said
mm. Ilgh A1 en face Imm. Gendarmerie:
App. 302 Av. Mly Ismail Hay Ennahda
AGADIR - Tel.: 05 28 826 862

INPE: 042058339

عمارة إيلغ A1 (أمام عمارة الدر) رقم 302 شارع مولاي إسماعيل حي النهضة أكادير - الهاتف: 05 28 826 862
Immeuble Iligh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App.302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahda - Agadir - Tél.: 05 28 826 862

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بال المغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بال المغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

LOT

2024 - 06

302088

PPC:

180 DH

LOT

2024 - 05

301830

PPC:

180 DH

Docteur DRIOUICHE Said
Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux
Ancien Ophthalmologiste 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
بلوم جراحة الشبكية من بوردو - فرنسا

الجلالة باللوجات فوق الصوتية - الرزق - مسالك الدموع
الحول - الليزر - تصوير الشبكية
العدسات اللاصقة

Agadir, le 10.11.2011
أكادير في

NOTE D'HONORAIRE

Nom : AÏSSA ABEROUCH

Prenom : AïSSA

Acte : Consultation C

Montant (250,00 DH) Deux cent cinquante Dirhams

Signé :

الدكتور ادرويش سعيد
DRIOUICHE Said
Docteur
Imm. Iligh A1 (en face imm. Gendarmerie)
Appart. 302 Av. Mly Ismail Hay Ennahda
AGADIR - Tél : 05 28 826 862