

RÉCOMMANDATIONS 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

Déclaration de Maladie

N° W21-778145

145293

payé
compte

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2783 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLOU AHMED
 Date de naissance : 28-01-1955
 Adresse : Bloc B n° 162 Cité ALHODDA
 ACADIR
 Tél. : 06 6437 1414 Total des frais engagés : 1650,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ABOU ALI HADJ DRISS
Ophtalmologue
29 Février Talbourt
05 22 43 84 19 79
04 JANV 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AGALION JEMIAA Age: 54 Ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Refract

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 : 04 / 01 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-778145

17 JAN. 2023

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 : 2783
 Nom de l'adhérent(e) : LAHLOU AHMED
 Total des frais engagés : 1650,-
 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 : 045024809

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ELITE VISION
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
63 BLOC B HAY AL HOUDA AGADIR
Tél / +212 5 25 03 20 87
INPE : 045024809

04/01/23

1400,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

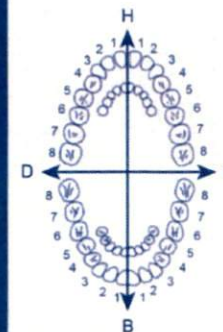
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

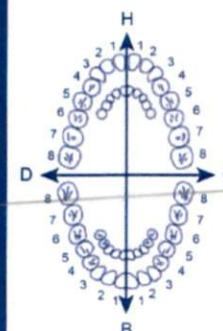
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. ABOULAZHAR DRISS

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux
Angiographie et laser rétinien

51 bis, avenue 29 février
Talborjt - Agadir
Tél : 05 28 84 19 79



الدكتور أبو الأزهار إدريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
تصوير شبكة العين و العلاج بأشعة الليزر

51 مكرز شارع 29 فبراير
تالبرجت - أكادير (أمام مكتب البريد تالبرجت)
الهاتف : 05 28 84 19 79

Agadir, le : **04 Janv 2023**

AGALION JEM: AA.

Pinette VL:

OD: (5° - 0,25)

OB: (165° - 0,25).

Pinette VP

Addition OD: + 2,75.

ELITE VISION
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
N°63 BLOC B HAY AL HOUDA AGADIR
Tél / +212 5-25-03-20 87

Dr. ABOULAZHAR DRISS
Ophtalmologue
51 Bis Av. 29 Février Talborjt
Tél: 05 23 34 19 79

FACTURE N° :04/01/2023/3

Le : 04/01/2023

AGALIOU JEMIAA

**Vision de loin : OD : PL (-0.25 à 5°)
: OG : PL (-0.25 à 165°)**

Vision de près : ADD : +1.75

VERRES : Progressif photo gris

1000.00 DHS

MONTURE : OPTIQUE

400.00 DHS

TOTAL:

1400.00 DHS

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE: MILLE QUATRE
CENT DIRHAMS**

ELITE VISION
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
N63 BLOC B HAY AL HOUDA AGADIR
Tél / +212 5 25 03 20 87

N63 BLOC B HAY AL HOUDA AGADIR Tél : +212 5 25 03 20 87 / +212 6 64 21 74 80
RC : 73130 PATENTE : 67502035 IF : 45870063 ICE : 002576082000024 INPE : 045024809
/ ELITE.VISION.EV.OPT@GMAIL.COM

Dr. ABOULAZHAR DRISS

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
Angiographie et Laser Rétinien

51 bis, avenue 29 février
Talborjt - Agadir
Tél : 05 28 84 19 79



الدكتور أبو الأزهار إدريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
تصوير شبكة العين والعلاج بأشعة الليزر

51 مكرر شارع 29 فبراير
تالبرجت - أكادير (أمام مكتب البريد تالبرجت)
الهاتف : 05 28 84 19 79

Agadir, le : **04 Janv 2023**

NOTE D'HONORAIRE

Nom : AGALION

Prenom : JENNIAA

Consultation Ophtalmo : /

Acte : /

Date : **04 Janv 2023**

Montant : 250 DH

Signé :
Dr. ABOULAZHAR DRISS
Ophtalmologue
51 bis Av. 29 Février Talborjt
Agadir - Tél: 05 28 84 19 79