

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 Mail 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° W21-762366

par
conjoint

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7581 Société : 160534

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMENAR Lehouine

Date de naissance : 1/11/1954

Adresse : Bloc 3 n° 17 Hay Sidi Mou

Tél. 0666713300

Total des frais engagés : 242,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2023

Nom et prénom du malade : AMENAR Lehouine Age : 1960

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Hay Sidi Mou

Le : 9/5/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-762366

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
06/04/2023			250,00	INPE 041176430

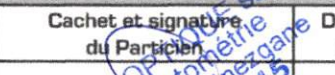
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie d'Azrou Dr. HAKIM 133 bis Rue 5 - Azrou Tel : 05 28 24 77 32	06/04/23	90,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Sté HAKIM Opticien Optométriste Rue Ksima N° 110 Inezgane INPE 045009115 CSM 05 93 93 51 35	08/11/2023					300,00dh

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 :

Veillez 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 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (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. Abdalaaziz CHAIKHY

Spécialiste des maladies



الدكتور عبد العزيز شايخي

إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1 mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS 407253 MA

إنزكان، في:.....inezgane, Le:

06 avril 2023

Mme IMNICH Khaddouj



OPATANOL: COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



الدكتور شايخي عبد العزيز
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع محمد الخامس عمارة BMCI
الطابق الأول رقم 3 إنزكان
INPE. 041176439 - Tél. 05 28 33 07 08

شارع محمد الخامس عمارة BMCI الطابق الأول رقم 3 - إنزكان - الهاتف 05 28 33 07 08

Boulevard Mohamed V Imm. BMCI, 1er Etage N°3 - INEZGANE - Tel: 05 28 33 07 08

Dr. Abdalaaziz CHAIKHY

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux



الدكتور عبد العزيز شايحي

إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

إنزكان، في : 06/04/2023 Le: Inezgane,

Nom : Imrich Khodoy

A bénéficie d'une consultation

Ophtalmologique à 250.00 dhs

الدكتور شايحي عبد العزيز
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع محمد الخامس عمارة BMCI
الطابق الأول رقم 3 - إنزكان
Tel: 05 28 33 07 08 - INPE: 041176439

Dr. Abdalaaziz CHAIKHY

**Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux**



الدكتور عبد العزيز شايخي

**إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون**

إنزكان، في : 06 avril 2023.....Le: Inezgane,

Mme IMNICH Khaddouj

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = +1.25

OG = +1.50 (-0.50 à 145)

VP : ODG = Add : +2.50

الدكتور شايخي عبد العزيز
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
شارع محمد الخامس عمارة BMCI
الطابق الأول رقم 3 إنزكان
INPE. 04176439 - Tél: 05 28 33 07 08

Sté HAKIM OPTIQUE sari
Opticien Optométrie
Rue Ksima N° 170 Inezgane
INP 045009115
GSM 06 53 93 51 35

شارع محمد الخامس عمارة BMCI الطابق الأول رقم 3 - إنزكان - الهاتف 05 28 33 07 08

Boulevard Mohamed V Imm. BMCI, 1er Etage N°3 - INEZGANE - Tel: 05 28 33 07 08

OPTIQUE HAKIM

Opticien - Optométrie
Adaptation Lentilles



ICE : 000311661000097

CODE INPE : 045009115

IF : 18751340

R.C : 13157

PATENTE : 49337112

FACTURE N° 03033

Date : 8/1/23

Patient : IMACH KHALID

Médecin : ABDELAAZIZ CHAIKH

Paieiment : 25000

Type verre	Correction	Cota-tion	Quan-tité	Prix
✓ L O R V H A R	OD : + 1.25		1	1.25. cadh
	OG : + 1.50 (-0.50)		1	1.25. cadh
Monture			1	10. cadh
			Total	300. cadh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Ste OPTIQUE HAKIM
Opticien - Optométrie
Rue Kssima N°110 Inezgane
INPE 045009115
GSM 06 53 93 51 35

Rue Kssima N°110 Inezgane - Tél : 05 28 33 31 10 - GSM : 06 53 93 51 35