

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-578305

169312

|                                                                    |                                                  |                                             |                                 |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                                   | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                                      |                                                  |                                             |                                 |
| Matricule : 2141                                                   | Société : Royal Air Maroc                        |                                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : ABEROUCHE AÏSSA                                     |                                                  |                                             |                                 |
| Date de naissance : 04/11/1952                                     |                                                  |                                             |                                 |
| Adresse : Imm. ensemble EL Menzeh n° 313 - AV. des F.A.R - ZAGADIR |                                                  |                                             |                                 |
| Tél. : 0707041051 Total des frais engagés : 378,00 Dhs             |                                                  |                                             |                                 |

|                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin                                                                                                                                          |  |  |  |
| Cachet du médecin :                                                                                                                                               |  |  |  |
|                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| Date de consultation : 04/07/23                                                                                                                                   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : AL KEDDAD MAGDA Age :                                                                                                                   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : Retinopathie diabétique                                                                                                                    |  |  |  |
| 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

Le : 00/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                                      | Date   | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|
| <br><i>PARIS 14<sup>e</sup> - 14, rue de la Gare - 75014 Paris</i><br><i>venue des FALCONS - 14, rue de la Gare - 75014 Paris</i><br><i>TÉL: 05 28 92 74 22 - 01 43 20 00 13</i><br><i>ISF: 00169690300013</i> | 4/2/23 | 58,00                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Docteur DRIOUICHE Said  
Ophthalmologist

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux  
Ancien Ophthalmologist 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 سامي بمصلحة العيون بمستشفى الحسن الثاني بأكادير  
دبلوم جراحة الشبكية من بوردو - فرنسا

الجلالة بالمولحات فوق الصوتية - البرق - مسالك المدورة  
الحول - الليز - تصوير الشبكية  
العدسات اللاصقة

Agadir, le ..... 01/07/23 ..... أكادير في

M<sup>me</sup> AZ KOMAR Nour

58,00

INDOCOLLYRE 0,1% O LOT/عيار: H8956  
Collyre 5ml FAB/نوع الإنتاج: 10-2022  
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الصناعة: 03-2024  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV: 58,00 DHS

Ecole coll

8/2023 x 1 m

PHARMACIE BORJ TADDART  
15, Imm. 14 P. 32-33-34  
Avenue des FAR - AGADIR  
Tél: 05 28 86 02 000  
Immeuble Iligh A1

Docteur DRIOUICHE Said  
Ophthalmologist  
Immeuble Iligh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App.302  
Av. Moulay Ismail Hay Ennahda - Agadir - Tel: 05 28 826 862

**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 ادرويشه سعيد**  
**اختصاصي في طب و جراحة العيون**

طبيب سابق بمصلحة العيون بمستشفى الحسن الثاني بأكادير  
دبلوم جراحة الشبكية من بوردو - فرنسا

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

Agadir, le ..... 04/07/23 ..... أكادير في

**NOTE D'HONORAIRE**

*Nom : AL KEDDAD*

*Prenom : NAYMA*

*Acte : Consultation avec examen de fond d'œil*

*Montant : Trois cent dirham (300.00)*

*Signé :*

*دكتور ادرويشه سعيد  
Immeuble Illigh A1 (en face Imm. Gendarmerie)  
App. 302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahda  
AGADIR - Tel: 05 28 826 862*