

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-451820

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres ☒

Cadre réservé à l'adhérent (e) : ROYAL AIR MAROC

Matricule : 9718 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

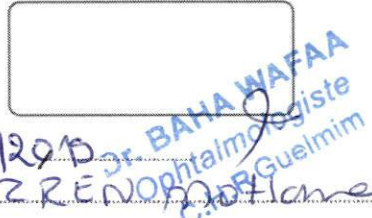
Nom & Prénom : OUZREN NOHAMED

Date de naissance : 206 07 1966

Adresse : 115 NY HFID KARIA Sali

Tél. : 0628 48 9185 Total des frais engagés : 6500 CDPH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 14/10/2019

Nom et prénom du malade : OUZREN NOHAMED Age : 52

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

Nature de la maladie : correction optique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AS

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.

**21 OCT. 2019**

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 : Accueil siège/Ram Le : 14/10/19

Signature de l'adhérent(e) : 

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



# 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
14/10/2015		CG		INP : <input type="text"/> Dr. BAHA WAFAA Ophtalmologiste C.H. R. Guelmim

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

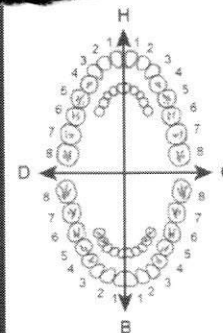
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

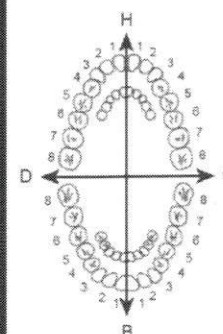
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE AL IRFANE BOULAJRAF Khadija Opticienne - Optométriste 15, Av Moulay Abdellah 10000 Fes - Maroc Tél : 05 37 33 54 37	15/10/15					T: 6500,00 DH

VOLET ADHERENT

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



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
	FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
	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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة بصريات العرفان

Cabinet d'optique ALIRFAN

Facture N° 001159

Date : 15/10/2019

Nom & Prénom : Mohamed Auzen

Tél : .....

Médecin : .....

	SPH	CYL	AXE	ADD
OD	-3.25	-0.50	100	+2.50
OG	-2.50			+2.50

	Minéral	Organique			Photo Grés / Broun	Double Foyer	Progressifs
		1,65	1,61	1,74			
Organiques							x
Polycarbonate							
Organiques Anti-raflets					x		x
Minéral							
Minéral Anti-raflets							

Montant	
OD	OG
2000,00 DH	2000,00 DH

Monture :	<input type="checkbox"/> Cercler <input type="checkbox"/> Métal	<input type="checkbox"/> Nylon <input checked="" type="checkbox"/> Plastique	<input type="checkbox"/> Percé <input type="checkbox"/> Autre
Montant :	2500,00		DH

TOTAL :	6500,00	DH
	Mlle Auzen	



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Direction Régionale de la Santé  
Région Guelmim Oued Noun  
Direction Provinciale de la Santé  
Hôpital Régional de Guelmim



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المديرية الجهوية للصحة  
جهة كلميم وادنون  
المندوبية الإقليمية للصحة  
المستشفى الجهوي بكلميم

14/10/2019

ORDONNANCE

Mohamed Agren  
Dr. BAHAWAFAA  
Ophtalmologiste  
C.H.R. Guelmim

lunettes de correction pour

V  
C

OD - 3,25 (-0,50)

OG - 2,50 sph 100°

Dr. BAHAWAFAA  
Ophtalmologiste  
C.H.R. Guelmim

Add: +2,50 sph

OPHTHÉRIQUE AL IRFANE  
BOULEVARD Khadria  
Oran - Optométriste  
15 bis Av Moulay Abdellah  
13050 Faran Karim - Saida  
Tél : 053 72 51 22