

# 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 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**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-485070

Dos n°  
10601

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ouled Boumehdi Mira

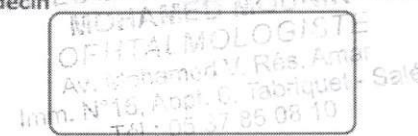
Date de naissance :

Adresse : Rue Alkasbah N° 54 Hay Linbiat Salé

Tél. : 06 44 64 68 68 Total des frais engagés : 700,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ouled Boumehdi Mira Age : 1951

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

Nature de la maladie : Correction optique

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 02 DEC. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



# 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
12/11/19	G	1	200	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

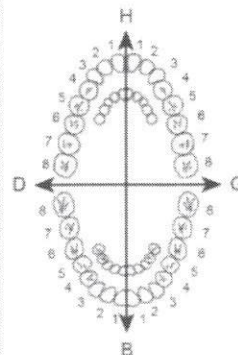
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

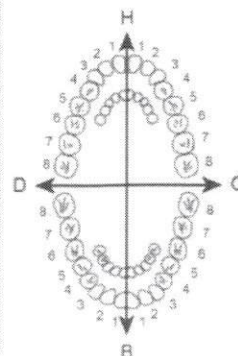
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	12/11/19					200
						250
						450

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	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

# عيادة طب العيون. Cabinet d'Ophtalmologie

Docteur EL MAJDOUBI  
EL IDRISSE MOUNIR



الدكتور المجدوبي  
الإدريسي منير

Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie

Diplôme de la faculté de Médecine de France (Montpellier)  
Ancien Attaché des Hôpitaux de France (Avignon)

طبيب اختصاصي  
في أمراض وجراحة العيون  
خريج كلية الطب بفرنسا ( مونييلي )  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا ( أفينيو )

Salé, le 12.11.19

أشرف المجدوبي

## Lunettes

Vision Loin	Axe	Cylindre	Sphère
Oeil droit	180	+1.50	+0.50
Oeil gauche	180	+1.50	+0.50
Vision Prés	Addition ODG : +2.25		
Oeil droit	180	+1.50	+2.75
Oeil gauche	180	+1.50	+2.75

VISION EXPRESS  
PTICJEN OPTOMETRISTE  
TEL: 37812561

Dr. EL MAJDOUBI EL IDRISSE  
MOHAMED MOUNIR  
OPHTALMOLOGISTE  
Av. Mohamed V, 1<sup>er</sup> Arr.  
Imm. N°15, 2<sup>ème</sup> étage - Tabriquet - Salé

إقامة اعمار 15 شارع محمد الخامس. تاريك. الشقة رقم 6. الطابق الثاني - سلا - الهاتف : 05 37 85 08 10  
Résidence Amar 15, Av. Med V - App. N° 6 - 2<sup>ème</sup> étage Tabriquet Salé - Tél : 05 37 85 08 10





Salé le 12/11/19

# Vision Express

Opticien Optométriste

Nom du Client : OULAD BOUMENADI MIRA

Examiner par le Dr. :

Vision de loin

Vision de Prés

Oeil Droit: Sph. 10.5, Cyl. 1.5, Axe 180°  
Oeil Gauche: Sph. 10.5, Cyl. 1.5, Axe 180°

Oeil Droit: Sph. .... Cyl. .... Axe. ....  
Oeil Gauche: Sph. .... Cyl. .... Axe. ....  
add +2,25

Quantité	Désignation	Prix
1	Monture: optique	200
2	Verre: optique	250 OK
Total:		450.00 DH

Arrêtée la présente facture à la Somme de:

ICE: 0018287640000  
RC: 16864  
TP: 29150360  
IF: 36622700  
INDE: 105000847  
Quante cat  
Cin Quante D11

Caché & Signature  
VISION EXPRESS  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
TEL: 0537 81 25 61