

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 : 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° W21-814195

202304

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7572 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. Mohamed Noureddine

Date de naissance : 20/02/1958

Adresse : 98 Rue Guelili lalla haya farga Houdhah

Tél. : 0662 11209 Total des frais engagés : 4750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur JELLAB BADR
OPHTALMOLOGISTE
Av. Yacoub El Mansour, Résidence
Yacoub El Mansour B, 3ème étage Gué
Morroch Tel: 05 22 22 78 18

Date de consultation : 06 Mars, 2024

Nom et prénom du malade : AMANE AMAR Age : 52 ans

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'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 : Houdhah Le : 06 / 10 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

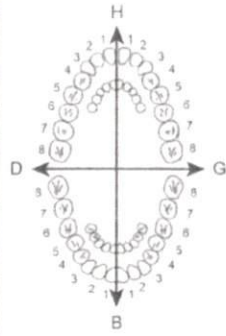
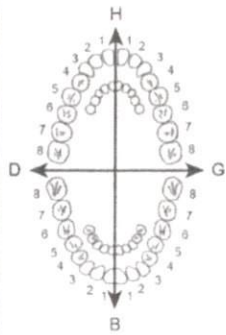
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
06/03/24	ch		2500H	INP : 06094039

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Optique Optométristes Lot Manar Lohlou Imm. C. 18 Man N°7 Quartier harat - Marrakech	11.03.24	#4500.00DH

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	

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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>35533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		35533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	35533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Jellab Badr

Ophthalmologiste

Diplôme d'université en neurophthalmologie
université Paris VI

Diplôme d'université en chirurgie réfractive
université de Brest

Ancien Medecin Interne du CHU Mohamed VI
Marrakech



الدكتور جلاب بدر

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جامعي في طب العيون العصبي

جامعة باريس VI

دبلوم جامعي في جراحة العين بالليزر - جامعة بريست

طبيب داخلي سابق

بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش

06 mars 2024

Mme AMANE Ouafa

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.75

OG = + 0.50

VP : ODG = Add : + 2.00



Docteur JELLAB BADR
OPHTALMOLOGISTE
Av. Yacoub El Mansour, Résidence
Yacoub El Mansour Imm. B 3ème Etage, Plateau 4 Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 42 21 23

شارع يعقوب المنصور إقامة يعقوب المنصور عمارة ب الطابق 3 شقة 4 جليز مراكش

Av. Yacoub Al Mansour, Residence Yakoub El Mansour Imm. B 3ème Etage, Plateau 4 Gueliz - Marrakech
(au-dessous de la banque société général) Tél/Fax : 05 24 42 21 23 - E-mail : jellab_badr@yahoo.fr

menara optique

FACTURE

DATE : 11 mars 2024
71/24

Marrakech
Téléphone: 0524055525

RC: 101285 / Patente N°: 45304749
IF:39454829
identifiant commun de l'entreprise
00 2372345000053

Spécialité : Cabinet d'optique



inp 075004010

AMANE OUAFA

DESCRIPTION	
monture optique:	1 700,00
VE 3262-B GB1 52/16 140	
Progressif 1,6 ALLURA nat 10 indo	
correction lunettes de vision de LOIN :	
OG : +0,75	1 400,00
OG : +0,50	1 400,00
ADD:+2,00	
monture optique:	
	4 500,00

arretée la presente facture à la somme de : quatre mille cinq cent dirhams payés en espèce

MERCI DE VOTRE CONFIANCE !

