

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° W19-515488

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société : 31339

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH

Date de naissance : 01/01/1975

Adresse : LOT OUNA EL NH 137 DE LOUA BERRECHID

Tél. : 0661390944 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : ELAICH GHITA Age :

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

Nature de la maladie : affection chronique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


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.

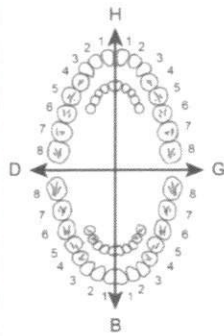
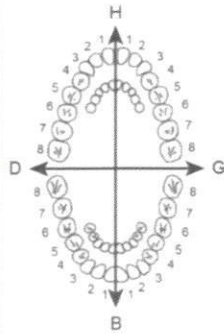
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

| 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 |
| 20.07.2020 | | | 200,00 DA | INP : 061335354 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 23/07/20 | 974,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

| 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 : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</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 | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Medecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طبيب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

20.07.20

El Ach Gluk

Monture avec la correction
pour VL Antireflets

- OD: -1,5
- OG: -1,25



Dr. ELBAKKAL
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, M. 334
Casablanca - T. 0522 03 11 11

تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334. الطابق الثاني Lotissement Nabila, Makhoulouf N° 334, étg N°2

Tél : 0522 03 11 11 / Email : rachaelbakkal@gmail.com



OPTICIEN OPTOMETRISTE

N° : 427582 - Patente : 37488923

N° : 40265282 - INPE : 095009924

ICE : 002128398000031



بصريات نظيف

N° 124 Av Mikdad Lahrizi
Hay El Houda Sebata Casa

Tél. : 05 22 38 20 20

GSM : 06 61 67 78 07

FACTURE N° 00240 / 2020

Casablanca le : 23/07/2020

Client : MUPRAS

Docteur : Rachid EL BAKKAL

Type de Verre : Organiques Anti-reflets

Type de la monture : Elastique optique

| Correction Optique | | | Prix |
|----------------------------------|----|--------|--------|
| VL | OD | - 1,50 | 312,00 |
| | OG | - 1,25 | 312,00 |
| Addition | | | |
| VP | OD | | |
| | OG | | |
| Total Verres | | | 624,00 |
| Prix de la monture | | | 350,00 |
| Total général (Verres + Monture) | | | 974,00 |

Arrêté la présente facture à la somme de : Neuf Cent

Soixante quatorze Dirhams

Adhérent :

Rib: 021 780 0000 2290 2705 5041



Le 22 juillet 2020

NADIF OPTIC
124 AV. MIKDAL LAHRIZI - HAY EL HOUDA SEDATA
CASA, 20000
MAROC



Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
N/REF : 20202040005024
Adhérent : EL AICH ABDELLAH

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de vos soins de G-HITA EL AICH.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable avec le montant total de
2100.00 MAD.

- Part Mutuelle : 974.00 MAD
- Part Adhérent : 1126.00 MAD

Validité de prise en charge : du 22-07-2020 au 22-11-2020

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir la dresser jour par jour au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'Affaire Aliou Benabdellah, 40, Angle Rue Aliou Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous nous apporterez à G-HITA EL AICH.

Veillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

NOTES AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour être versée à la caisse de paiement de la facture.
Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative et ne peut être cédée. Nous ne pouvons pas la présenter en tant que justificatif de dépenses.
- Toute facture doit mentionner la notation des administrations et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et d'un justificatif de paiement.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour tout envoi par voie postale ou par voie électronique, les résultats et comptes rendus doivent être envoyés.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Le numéro Fiscal (NF) Et l'Identifiant commun de l'entreprise (IE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné sur la facture.

Adhérent :

CREDIT DU MAROC
MEKDAL LAHRIZI

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE
N° 2298443

CASABLANCA, le 03/07/2019

Agence : 229 CASA MEKDAL LAHRIZI
Réf.Op. : 2299919184051066

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande.

| Code | Code Ville | Numéro de Compte | Clé RIB |
|------|------------|------------------|---------|
| 021 | 780 | 0000229027055041 | 62 |

Titulaire du

Adresse du

OUNJIF NADIF

124 BD MEKDAL LAHRIZI
HAY EL HOUDA CASA
20452 CASABLANCA

Crédit du Maroc :

Société Anonyme à Directeur et Conseil de Surveillance au capital 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58 Boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. : 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agrément : 2348 - R.C. : 28 717 - I.F. : 01085466
Patente : 1928079 - S.S. : 1928079

مصرف المغرب :
شركة مساهمة ذات مجلس الإدارة الجماعية و ذات مجلس الرقابة
رأس مالها 1035 848 200 درهم - المقر الرئيسي : 48- 58 شارع محمد الخامس - الحارثي
ص.ب. : 13 579 - الهاتف : +212 (0) 522 47 70 00 - الفاكس : +212 (0) 522 27 71 27
رقم الرخصة : 2348 - س.ت. : 28 717 - رقم التعريف المالي : 01085466
رصيد التجارة : 33103720 - ص.و.ج. : 1928079

CASABLANCA, le 03/07/20

CREDIT DU MAROC
MEKDAL LAHRIZI

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE
N°

Agence : 229 CASA MEKDAL LAHRIZI
Ref.Op. : 2299919184051066

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande.

| Code | Code Ville | Numéro de Compte | Clé RIB |
|------|------------|------------------|---------|
| 021 | 780 | 0000229027055041 | 62 |

Titulaire du

Adresse du

OUNJIF NADIF

124 BD MEKDAL LAHRIZI
HAY EL HOUDA CASA
20452 CASABLANCA

Crédit du Maroc :

Société Anonyme à Directeur et Conseil de Surveillance au capital 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58 Boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. : 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agrément : 2348 - R.C. : 28 717 - I.F. : 01085466
Patente : 1928079 - S.S. : 1928079

مصرف المغرب :
شركة مساهمة ذات مجلس الإدارة الجماعية و ذات مجلس الرقابة
رأس مالها 1035 848 200 درهم - المقر الرئيسي : 48- 58 شارع محمد الخامس - الحارثي
ص.ب. : 13 579 - الهاتف : +212 (0) 522 47 70 00 - الفاكس : +212 (0) 522 27 71 27
رقم الرخصة : 2348 - س.ت. : 28 717 - رقم التعريف المالي : 01085466
رصيد التجارة : 33103720 - ص.و.ج. : 1928079