

# 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](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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-499018

N° 37 195

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2127

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENJAKIK TAYEB

Date de naissance :

EN 1939

Adresse :

CENTRE DE TELECOMMUNICATION TARGA  
MARRAKECH

Tél :

06 62 08 55 24

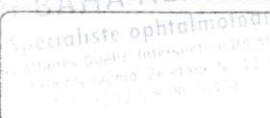
Total des frais engagés :

3870,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/06/20

Nom et prénom du malade :

Benjakik Tayeb

Age :

82

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 :

MARRAKECH

Signature de l'adhérent(e) :

7

Le : 16/06/20



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
16/06/20	C.S.		300 DH	INP : 091032557

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL H. K. EL FAKRA El Mansour	16/6/20	1070,80

### 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	
						384,70
						2500 DH

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	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 			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DE DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies

lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,

Chirurgie réfractive et Contactologie



زوار جليز  
أجهزة العيون

جفون المسالك

للإصقة

Xalatan™

0.005 %

LATANOPROST

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 127DH00

Flacon

de 2.5 ml

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 157DH00

Flacon

de 2.5 ml

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 157DH00

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 157DH00

زولامول®

Xolamol®

Lot: 1100062

Fab: 12 19

Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70

Exp: 10 21

P.P.V : 110 DH 70

Xolamol®

Lot: 1100138

Fab: 08 19

Exp: 08 21

P.P.V : 110 DH 70

Exp: 12 21

P.P.V : 110 DH 70

Marrakech le :

16 juin 2020

Mr. BENJAKIK

XALATAN 0.005 % COLLYRE

1 goutte le soir à 22 h, les deux yeux, 3 Mois

XOLAMOL

1 GOUTTE 2 FOIS/JOUR, les deux yeux, 3 M

ZYLET COLLYRE

1 goutte x4/j, les deux yeux

TRT 3 MOIS

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd M

Téléphone : 0808536471 | Email : olgmarrakech@gmail.com



**Marrakech le :**

**16 juin 2020**

**Mr. BENJAKIK Tayeb**

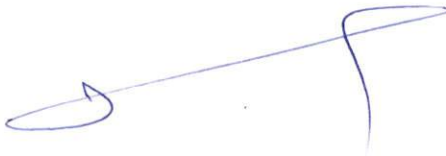
**Monture + verres correcteurs progressifs**

**Antireflets**

**VL : OD = + 1.25 (- 4.00 à 90°)**

**OG = + 0.75 (- 2.75 à 100°)**

**VP : ODG = Add : + 2.50**



Ophthalmology Laser Le Gueliz  
**PR. SAHA ALI TADIK**  
Spécialiste ophtalmologie  
Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11  
21 Khatatbi et Bd My rachid 2e étage N° 11 Marrakech  
Tél : 0808536471

# NAKHIL OPTIC

Issam NASSIB

Opticien Optométriste

4/5 Imm. 18 Av. Yacoub El Mansour

Gueliz - Marrakech

Tél / Fax : 05 24 44 76 08

Gsm : 06 63 72 21 64



بصريات النخيل

عصام نصيب

بصري

5/4، عمارة شارع يعقوب المنصور

جليز - مراكش

الهاتف / الفاكس : 05.24.44.76.08

الهاتف المحمول : 06.63.72.21.64

## FACTURE

N° 003942

Marrakech, le 7/07/2020

M. BENJAKIB Tayeb

السيد

Quantité	Désignation	P.U.	Total
Une	Monture		500DH
Deux	verres progressif licassable Blanc anti reflet à 65%		
	OG. (90 - 4.00) + 1.25		
	OG. (100 - 2.75) + 0.75		
	/ add + 2.50		2000DH
Deux mille cinq		Total	2500DH
cents dh			
			1

**Marrakech le :**

## Reçu de caisse N° : 26789

asmaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT17121208223 1	BENJAKIK Tayeb	16/06/2020

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	300,00
Reçu établi par :	Total payé	300,00

Ophthalmology Laser  
Pr BAH  
Spécialité  
Business Affaires  
El Khattabi et al.  
2020-08019-00371