

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educational :

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 canalaires, 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 canalaires.

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

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° P19-0029246

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2141 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 41215
Nom & Prénom : Aberauch Aissa
Date de naissance : 04/10/1951
Adresse : Immeuble EL Menzeh II - n°313 - 4ème Etage
Av. des FAR - AGADIR
Tél. : 05 28 84 75 36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 24/07/2020
Nom et prénom du malade : AL KEDDA D Najma Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lutte
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 : AGADIR

Le : 24/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-029246

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2141
Nom de l'adhérent(e) : ABERAUCH
Total des frais engagés : 4658 DH
Date de dépôt :

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
24/07/2020	Gstb		300, —	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/07/2020	58,00 2016267

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13/08/2020					4300,00

VOLET ADHERENT

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DRIOUICHE Said
Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux
Ancien Ophtalmologiste à l'hôpital Hassan II Agadir
Diplômé de Chirurgie Vitro-rétine de Bordeaux

Cataracte par phacoémulsification
Glaucome - Strabisme - Voies Lacrymales
Angiographie - Laser - Lentilles de contact



الدكتور ادرويش سعيد
اختصاصي في طب و جراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة العيون بمستشفى الحسن الثاني بأكادير
ببلوم جراحة الشبكية من بورдо - فرنسا

الجلالة بالموجات فوق الصوتية - الزرق - مسالك الدموع
الحول - الليزر - تصوير الشبكية
العَدسات اللاصقة

أكادير، le 24/7/2022

M^{me} AL KHAMMAY Nagma

— (Signature)

de - 3,00 (-1 à 70)

de 18°

de Abbe + 2,25

S81°

— (Signature)

— (Signature)

AZAR OPTIQUE
OPTIQUE OPTIQUE
ICE:0015687320
382 Bd. Alnoukawa Lhann II Agadir

INDOCYLLRE 0.1%
Collyre 5ml

LOT: 09-2019
FAB: 02-2021
EXP: 02-2021

JENITH PHARMA

PV: 58.00 DHS

MM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

PHARMACIE BORI TADDART
45 Imm. 14 Programme Tiguent
Avenue des FAR - AGADIR
Tél 05 28 82 32 13

الدكتور ادرويش سعيد
Docteur DRIOUICHE Said
Imm. I. High A1 (en face Imm. Gendarmerie)
App. 302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahda
Agadir - Tél: 05 28 826 862

عمارة إبلنج A1 (أمام عمارة الدرك) رقم 302 شارع مولاي إسماعيل حي النهضة أكادير - الهاتف: 05 28 826 862
Immeuble Ilhigh A1 (en face Imm. Gendarmerie) App.302 Av. Moulay Ismail Hay Ennahda - Agadir - Tél.: 05 28 826 862

Docteur Said DRIOUICHE

Spécialiste en Chirurgie
et Maladies des Yeux

الدكتور سعيد ادريوش

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

ICE: 001636037000025

Agadir le : 24/07/2020 : أكادير في :

~~Doct. Said DRIOUICHE~~
Imm. Iligh Av. Justice Imm. Gendarmerie
Apprt. 302 Av. Mly Ismail Hay Ennahda
AGADIR - Tél : 05 28 86 86 2

Mme. EDDAD Najme

Consultation (Cs) avec
examen du fond d'œil

=
300, 00 Dhs

Trois cent dirhams.

~~Doct. Said DRIOUICHE~~
Imm. Iligh Av. Justice Imm. Gendarmerie
Apprt. 302 Av. Mly Ismail Hay Ennahda
AGADIR - Tél : 05 28 86 86 2

Rendez-vous, le

Facture

Client :

AL KEDDAD NAJMA

Date Facture : 13/08/2020

N° Facture: AZ373/2020



Type	Désignation	Prix	Quantité	Montant (TTC)
Monture	ANA HICKMANN AZ-HI6018 A02 48 18 145	1 000.00	1	1 000.00
Verres	PROGRESSIFSphérique 1.61 65 Organique Anti-reflet sph:-3.50 Cyl :-1.00 Axe :70 Add :+2.25	1 650.00	1	1 650.00
Verres	PROGRESSIFSphérique 1.61 65 Organique Anti-reflet sph :pl Add :+2.25	1 650.00	1	1 650.00
Total (TTC)				4 300.00 DH

Arrêt de la présente facture à la somme de :
Quatre Mille Trois Cent Dirhams, 00 Cts

Dont Montant TVA: 716.67 Dh

AZAR OPTICIEN
OPTICIEUX OPTOMETRISTE
ICE:001568732000062
382 Bd Almoukawama Lkhiam II Agadir