

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 biologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Déclaration de maladie

N° W21-804143

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ Commun

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **ROYAL AIR MAROC**

Matricule : **5579** Société : **PÉTRAITE**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **CHOUHA ELMOUSTAFA**

Date de naissance : **30/06/1957**

Adresse : **AV. DES ROSES LOT 5 SANTEZ 3 BIANES 2 TANGER**

Tél. : **0670300608** Total des frais engagés : **165285**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **06/06/2023**

Nom et prénom du malade : **CHOUHA ELMOUSTAFA** Age : **21**

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

Nature de la maladie : **maladie**

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : **06/06/2023** Le **06/06/23**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-804143

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

Matricule : **5579**
Nom de l'adhérent(e) : **CHOUHA**
Total des frais engagés : **165285**

[illegible]

INPE: 161.277.892

Dr. Souhail J...
الطبي في طب و جراحة العيون
Specialiste en Ophtalmologie
Dar Tounsi Janger
277 222

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie INAS Av. Ibn Abi Zare N°39, Branes 1 DANGER Tél./Fax : 0539 31 06 17	06/06/2023	147.00

Pharmacie INAS
Av. Ibn Abi Zare N°39,
Branes 13130 VANGER
Tél./Fax : 0539 31 06 17

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partisien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	8-6-23					1050 D16

Cachet et signature
du Partisan

Date des Soins

Montant détaillé des Honoraires	
21000	0/16

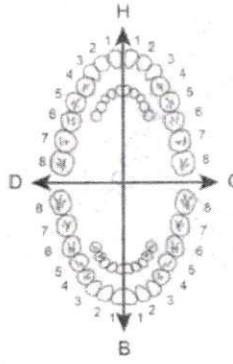
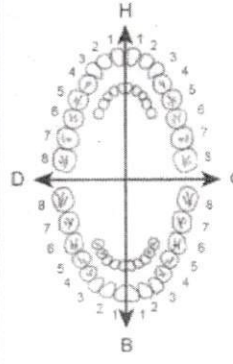
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan c

Figure 6 is a line graph showing the effect of the concentration of the inhibitor (C) on the rate of polymerization (R_p). The x-axis is labeled C and ranges from 0 to 1.0. The y-axis is labeled R_p and ranges from 0 to 1.0. The curve starts at $(0, 1.0)$ and decreases as C increases, approaching 0 as C approaches 1.0.

FIN
D'EXECUTION

MONTANTS
DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000500
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Dr. Souhail Jouahri
Specialiste en Ophtalmologie

Lauréat de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
Ancien médecin de l'Hôpital
Des Spécialités de Rabat
Ancien médecin des Hôpitaux
de Paris

الدكتور سهيل جواهري
أخصائي في طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات
بالرباط
طبيب سابق بمستشفيات باريس

Tanger, Le06 juin 2023

Mlle CHOUAA Oumaima

THEALOSE COLLYRE

147.00

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1
Mois



INPE : 162034615

Pharmacie INAS
Av. Ibn Abi Zare N°39,
Branes I - TANGER
Tél./Fax : 0539 31 06 17

الدكتور سهيل جواهري
Dr. Souhail Jouahri
أخصائي في طب و جراحة العيون
Specialiste en Ophtalmologie
R. Pés. Nahda, Dar Tounsi Tanger
81 23 INPE : 161 277 892

OPTIQUE SOND VISION

TEL : 05 31 01 21 59


ICE : 00083651442210- INP : 165023342

FACTURE N° 0000207

Tanger, Le :

8-6-2023.

Mr. : CHOU A.A. OU MAIMA

العدد Quantité	البيان Désignation	الثلث Prix U.	المجموع Total DH
1	Moture. optique.	500	500.00
2	verre org. unique.	250	500.00
	ODS - 5.00 (C. 7/414)		
	OGS - 5.50		
TOTAL 2 p 1000.00			
 SOND VISION Opticien Optometriste TEL: 0531 01 21 59			



Dr. Souhail Jouahri
Specialiste en Ophtalmologie

Lauréat de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
Ancien médecin de l'Hôpital
Des Spécialités de Rabat
Ancien médecin des Hôpitaux
de Paris

الدكتور سهيل جواهري
أخصائي في طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات
بالرباط
طبيب سابق بمستشفيات باريس

Tanger, Le06 juin 2023

Mlle CHOUAA Oumaima

Monture + verres correcteurs
Antireflets

OD = - 5.00 (- 0.75 à 140°)

OG = - 5.50

COND VISION
Opticien Optométriste
TEL: 05 31 01 21 59

