

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

- Reclamation : 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° W21-723215

172608

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11048 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MARZOUKI Chari Fa

Date de naissance : 22-02-1975

Adresse : Bab el Tuelle

Tél. : 0643146200 Total des frais engagés : 1250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ROUAI CHAOUI Rachid

الكتور رشيد روعي شواوي

Ophthalmologiste

32 Bd. Abilal El Ghifari Sidi Bernoussi

Casablanca - Tél : 05 22 76 58 58

Cachet du médecin

Date de consultation : 17 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : AROU I. HIBAH

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

Nature de la 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'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 17 AOUT 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

01/01/2023	2	4	25000	<p>INP: 091120998</p> <p>Dr. Abiar El Ghannouchi</p> <p>Casablanca - Tel: 05 22 76 58 53</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

<p>CENTRE D'OPTIQUE</p> <p>3/9, Allée des Treillis</p> <p>Bd. Mohammed VI, Sidi El Hachem</p> <p>Casablanca - Tel: 09 22 23 51 11</p> <p>GSM: 06 69 06 88 30</p>	23	<p>denture</p> <p>↑</p> <p>vene</p> <p>connecteur</p>	1000.00
	08		
	23		

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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
----------------	------------------	-------------

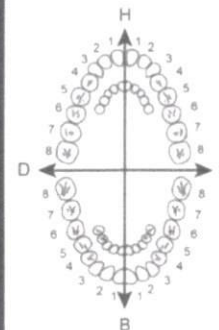
INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

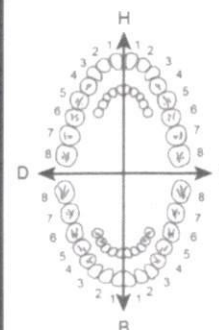
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

ROQAI CHAOUI Rachid

OPHTALMOLOGISTE

Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Med V à El Jadida
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie Laser

الدكتور رقي شوي رشيد

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
رئيس سابق لقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد الخامس بالجديدة
أنجيوجرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : 17/08/2023 في الدار البيضاء،

MELLE AROUI HIBAHOSNA

Verres correcteurs :

- Vision de loin

OD : (165°, -0,75)

OG : (0°, -0,75)

Nature des verres

Antireflet

+ Monture

CENTRE LEBBAR OPTIQUE
1/8, Angle Allée des Treuils
3d. Chefchaoui Ain Sebâa
Casablanca - Tél : 05 22 35 31 08
GSM : 06 66 86 86 30

الدكتور رقي شوي رشيد
Ophtalmologiste
32 Bd. El Ghifari Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 76 58 58

32, شارع أبي ذر الغفاري - حي أمال 3 - سيدي البرنوصي - (أمام مقهى إشبيلية) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 76 58 58
32, Boulevard Abidar El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi - (en face du café Ichbilia) - Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58

E-mail : chaoui.ophtalmo@hotmail.com



CENTRE LEBBAR OPTIQUE

Facture 430/023

date : 23/08/2023

Melle : AROUI HIBAHOSNA

SUR ORDONNANCE DU DOCTOR : ROQAI CHAOUI RACHID

Désignation	Montant
Monture :	600.00
Verre droit : organique antireflet OD : PL (-0.75 à 165)	200.00
Verre gauche : organique antireflet OG : PL (-0.75 à 0)	200.00
Total TTC	1000.00

CENTRE LEBBAR OPTIQUE
46, Angle Allée des Treuils
Bd. Chefchaoui Ain Sebaa
Casablanca Tél : 05 22 35 31 08
GSM : 06 86 86 86 30

Arrêtée la présente facture Mille dirhams en espèces.

8 /3. Angèle Allée des treuils Boulevard chefchaoui. Ain Sebaa 20590-casablanca

If ; 50110133-ice : 002684728000056 ; RC 535811 -TEL : 05.22.35.31.08