

## 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 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

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° W21-828681

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **SAGROUT NAWAL**

Date de naissance : **06/02/78**

Adresse : **Residence N°10 chifa me14**

Tél. : **066169569** Total des frais engagés : **1900** Dhs

Cadre réservé au Médecin **PR KHAMAILY Mehdi**

Cachet du médecin : **Chirurgien Ophtalmologue  
Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI  
INPE 091266718**

Date de consultation : **23/11/2019**

Nom et prénom du malade : **SAGROUT NAWAL** Age : .....

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

Nature de la maladie : **Hypertension artérielle**

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) : .....

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

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
21/11/23	Med VI	65	3000H	INP : <input type="text"/>
<b>Pr KHAMAILY Mehdi</b> Chirurgien Ophtalmologue Hôpital Universitaire International Mohammed VI NPE: 091206718				

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 Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>DR AGENCELE POMPAN</b> <b>DR AGENCELE POMPAN</b> <b>DR AGENCELE POMPAN</b> <b>DR AGENCELE POMPAN</b> <b>DR AGENCELE POMPAN</b>	12/11/23					1600.00

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"/>  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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

Bouskoura

231121150749S.

21 novembre 2023

**Mme SAQOUT NAWAL**

Monture pour vision de près + verres correcteurs Organiques  
Antireflets

Vision de près :

OD = + 1.75

OG = + 1.75 (- 0.25 à 103°)

**Pr. KHAMAILY Mehdi**  
Chirurgien Ophtalmologue  
Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI  
INPE: 091266718



SETA GENERAL D'OPTIQUE

by *Hakim*

OPTIQUE - OPTOMÉTRIE - LENTILLE DE CONTACT

Facture N° : .....

N° 000364



Mohammed le: 12/11/24

Mme/Mr: SADIOT NAVAL

Dr: KHAMATY Merdi

VL

VP -Add

OD : .....

OD : +1.75

OG : .....

OG : +1.75 (-0.25 à 1.03)

Monture

Verres

Metal opt big w

cylindre Anf

600.00 DH

1000 DH

Total à payer : 1600.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille

Six cents dirhams

Cachet et signature



40, boulevard Achorafa, Saada, El Alia, Mohammedia - Tél: 0600474525

Patente N°: 3653246 - RC N°: 18891 - IF N°: 20699296 - ICE N°: 001587406000070



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIM6

Date : 21/11/2013

N°: 0065107

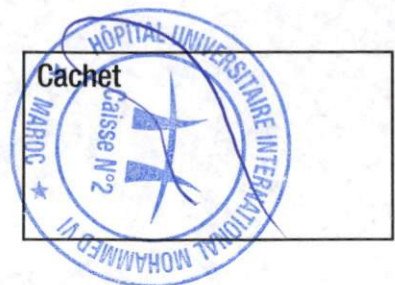
QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : \_\_\_\_\_

N° d'admission : 280277020

Montant : 300 dh

Patient : SAOUD ALAWAL



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300277090

## F A C T U R E

N° 51 715 / 2023 du 21/11/2023

Nom patient : SAQOUT NAWAL

Entrée 21/11/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00

