

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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° M21- 061186

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : PA 82 Société : PAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 103084

Nom & Prénom : MOUL GOUMAI MUSTAPHA

Date de naissance : 09/03/1958

Adresse : même

Tél : 0661928624 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2022

Nom et prénom du malade : MOUL GOUMAI MUSTAPHA Age : 63

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

Nature de la maladie : ACCUEIL

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 : PA

Le 08 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : PA

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur

Date

Montant de la Facture

10/01/2022

3500,- dhs

INPE : 095009775

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

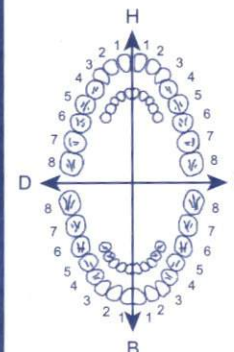
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

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

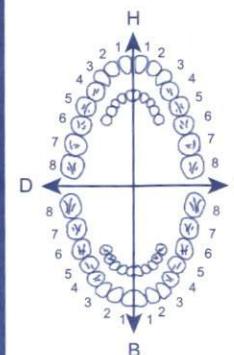
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

الدكتور محمد شهابي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتيي و بالمركز الفرنسي للعيون

15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيللا بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خبير تصحيح البصر بالليزر

13/12/2021

M. ICANIL MINA

M
 $R = +0,25$
 $L = +0,5 (-0,5 - 90)$
 $m + 2,5$

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard Panoramique, Californie,
Casablanca 20130
Tél: 05 22 29 66 60 / 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 86 46 21

PROJECT VISION
Opticien - Optométriste
HAOUAS IBRAHIM
63, Bd. Bordj Boujelleg, N°32 - Casablanca
Tél: 0522 487 930 / 06 61 68 49 04



مصلحة العين
CLINIQUE DE L'OEIL
Californie

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc

Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15

+212 522 86 46 18

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00/60

+212 522 86 46 21

info@clinic-oeil.com

www.clinic-oeil.com

Project Vision

53, Boulevard de Bordeaux, Sidi Belyout
Casablanca, 20000
+212 (0)522 48 79 30
+212 (0)621 60 60 19



Facture

DATE:
facture #

13-01-2022
202201130925

Facturer à :

KANDIL MINA

DESCRIPTION	Quantité	P.U/TTC	Prix Total TTC
Monture optique	1.00	500.00 MAD	500.00 MAD
Verres correcteurs progressifs	2.00	1 500.00 MAD	3 000.00 MAD

PROJECT VISION
Opticien - Optométriste
HAOUAS IBRAHIM
53, Bd. Bordeaux 32 - Casablanca
Tél : 0522 487 830 / 06 61 68 49 04

Montant HT	2 916.67 MAD
% TVA	20.00%
Montant TVA	583.33 MAD
Autre	0.00 MAD
TOTAL TTC	3 500.00 MAD

Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :

Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui

Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42

Nom du propriétaire du compte: Project Vision

Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC

Montant Total à payer à l'ordre de Project Vision :

Trois mille cinq cents dirhams

Mode de paiement :

Espèce