

## 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

N° W21-654154 *REL 09910*

**Maladie**
 **Dentaire**
 **Optique**
 **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

**Société :**

Matricule : *09213*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *HASSOUNI Adil*

Date de naissance : *10/07/67*

Adresse :

Télé. : *05 22 91 28 38* Total des frais engagés :  Dhs

**Cadre réservé au Médecin** ORHTALMOLOGISTE

Cachet du médecin :

Date de consultation : *28 NOV 2022*

Nom et prénom du malade : *HASSOUNI ADIL* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *vi. Ce de réfraction*

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 : *Casablanca* Le : *28/11/22*

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

*INAMI*

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
	19/11/22		monture			1300.-12	
	22/11/2022		Vene			2700.-00	
			spéciales			H	

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>H</b>	<b>G</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	-----	-----	00000000 35533411	00000000 11433553	B	I
<b>H</b>	<b>G</b>													
25533412 00000000	21433552 00000000													
-----	-----													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	I													
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Califorrie

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**

(القدس كاليفورنيا)

**الدكتورة حنان مزوز**

(امتحانية في أمير مار (العبرة)

دبلوم وجراحة الجلالة والليزر

وتقدير البصر من جامعة فيكتور سكانين ببوردو

العدسات الصلبة واللينة

جراحة مجرى الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le lundi 14 novembre 2022

**Monsieur HASSOUNI Adil**

1°) Une Monture pour la Vision de LOIN :

OEIL DROIT : + 1,25

OEIL GAUCHE : + 1,00 (- 0,25 à 175°)



2°) Une Monture pour la Vision de PRES :

OEIL DROIT : + 1,25 + Add 2,25

OEIL GAUCHE : + 1,00 (- 0,25 à 175°) + Add 2,25

Verres organiques , anti reflets

Respectez le centrage SVP

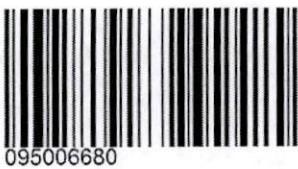


Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 00164931700074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421



327, Boulevard Zerkouni, Quartier  
Bourgogne 20053 Casablanca Maroc  
Tél: 00212522200357  
E-Mail: contact@opticalys.ma  
Site Web: www.opticalys.ma

M. HASSOUNI ADIL

## FACTURE N° : F22/7428

Date : 22/11/2022

\*112947\*

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1	VER	INDO progressif activa organique 1.6 blanc natural 10 précal short	1350.00		1350.00	20.0
1	VER	INDO progressif activa organique 1.6 blanc natural 10 précal short	1350.00		1350.00	20.0
					.	.

### Corrections :

VL D. Sph: +1.25 Add: +2.25

VL G. Sph: +1.00 Cyl: -0.25 Axe: 175° Add: +2.25

VP D. Sph: +3.50

VP G. Sph: +3.25 Cyl: -0.25 Axe: 175°

### Paiements

Acomptes 2700.00

Montant total payé : 2700.00

Solde : 0.00

### Totaux

Total Net HT : 2250.00 Dh  
Montant TVA : 450.00 Dh

Total Net TTC : 2700.00 Dh



FACTUREN° : FA00006913

CASABLANCA 19/11/2022

Mr HASSOUNI ADIL

	Désignation	Prix T.T.C	Total T.T.C
1	MONTURE	1300.00	1300.00
TOTAL			1300,00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MILLE TROIS CENTS DIRHAMS.



095029278

Optical Galerie  
Beni Mellal  
59, Rue Al Fourat Maârif  
CASABLANCA

---

Siège Social: **59, rue Al Fourat – Mâarif Casablanca**  
R.C N°429043- I. F : 401 48 663- C.N.S.S 8323602-  
TP : 35801383- ICE : 000019206000097  
Tel/fax : 212 522 232 155- Gsm : 0662 52 47 02  
Email : opticalbenimellal@gmail.com