

## 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

- 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° W21-654154

768 099 10

☐ Maladie ☒ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

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

Nom & Prénom : HASSOUNE Adil

Date de naissance : 10/05/67

Adresse : .....

Tél. : 0522912838 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 NOV 2022

Nom et prénom du malade : HASSOUNE ADIL Age : .....

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

Nature de la maladie : visite de réfection

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]


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
14 NOV 2022	CS		300,00	INP : 091166487 

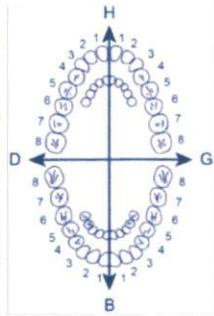
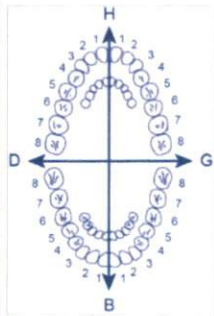
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19/11/22		monture			1300,00
	22/11/2022		verre optiques			2700,00 HT

VOLET ADHERENT

\* 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 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														

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

*Al Qods Californie*

**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**  
**إفنديس كاليفورنيا**

**الدكتورة حنان مزوز**

**إختصاصية في أمراض وجراحة العيون**

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو  
العدسات الصلبة واللينة  
جراحة مجاري 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 Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421





opticien

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



095006680

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 naturel 10 précal short	1350.00		1350.00	20.0
1	VER	INDO progressif activa organique 1.6 blanc naturel 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



FACTURE N° : 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 Maarif  
CASABLANCA

---

Siège Social: 59, rue Al Fourat – Maarif 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