

# 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

M22- 0047853

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 720 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HACHADI Mohamed  
Date de naissance : 03/01/1947  
Adresse : LT Riad SALAM Bloc E N°35 Mohammedia -  
Tél. : 0667316873 Total des frais engagés : 239,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 24/03/2023  
Nom et prénom du malade : HACHADI Mohamed Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : M. Hachadi Mohamed Le : 24/03/2023  
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/03/23        | C3                |                       | 300,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 26/03/2023 | 380,60                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# 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 |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 15-04-23       |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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 |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             | 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



المصحة المتخصصة المحمدية  
في أمراض وجراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
OPHTALMOLOGIE

Mohammedia le :

الدكتورة حسناء العماري  
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون  
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur Agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

24 mars 2023

Mr HACHADI MOHAMED

22,60

FLUCON coll



1 gtt 3f/j pd 5j,  
puis 2f/j pd 5j,  
puis 1f/j pd 5j, dans les deux yeux

13,00 x 2

OPTIVE fusion col



1 gtt x 4 /j, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

380,00



Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Rimboursable AMO  
406865

Euro médic  
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

Euro médic  
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

Il est interdit de changer la date de la consultation

يمنع تغيير تاريخ الإستشارة



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia  
Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63  
Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : [www.ophtalmoclinic.ma](http://www.ophtalmoclinic.ma)  
Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084





المصحة المتخصصة المحمدية  
في أمراض وجراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
OPHTALMOLOGIE

الدكتورة حسناء العماري  
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب وجراحة العيون  
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur Agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

Mohammedia le :

24 mars 2023

Mr HACHADI MOHAMED

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Amincis

Vision de loin :

OD = Plan (- 1.00 à 90°)

OG = Plan (- 1.25 à 85°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

Tel : 06 64 28 50 72  
Mohammedia  
Rachida El Ala  
Opticien - Optométriste  
ZOUHRA OPTIC

Il est interdit de changer la date de la consultation

يمنع تغيير تاريخ الإستشارة



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia

Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : [www.ophtalmoclinic.ma](http://www.ophtalmoclinic.ma)

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084

# Zouhair Optic



ZOUHAIR OPTIC  
 opticien - optométriste  
 Rachida 1, N°241 El Alia  
 Mohammedia  
 Tél : 06 64 25 50 72

N° 0001810

Facture

N°

Mohammedia, le :

15-04-23

Mr (e):

HACHADI MOMAMED

V.I

|    | SPH | CYL   | AXE |
|----|-----|-------|-----|
| OD | pt  | -1,00 | 90  |
| OG | pt  | -1,25 | 85  |

V.P

|    | SPH        | CYL | AXE |
|----|------------|-----|-----|
| OD | Add + 2,50 |     |     |
| OG |            |     |     |

|         |                    |
|---------|--------------------|
| MONTURE | Optique            |
| VERRES  | Océan - Antiréflex |

Total

Prix

500,00  
 1500,00  
 2000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

deux Mille

Rachida 1, N241 - El Alia Mohammedia - Maroc

Tél: 06 64 25 50 72 - ICE: 001910606000081 - Patente: 39377410 - RC: 17500