

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-655256

160157

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09372 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : CHOUAL ANDEL SHARI

Date de naissance : 11.11.1965 Donatien

Adresse : 17 D SCABAS CLAUDE

Tél. : 662048528 Total des frais engagés : 1800,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur **MONNIR M.**
OPHTALMOLOGISTE
Clinique Spécialisée
33, Lot Sania, Bd Hassan II
Mohammedia

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHOUAL ANDEL SHARI Age : 17 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint(e) ☒ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTI OAS OCCURE

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 : 17/01/2023 Le : 17/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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
19.04.2023	CS	3.00dh		INP: 0571069759

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	
SKOUMI OPTIC Opticien Optométriste Bd. Zou Al Hamid, Lot. N° 61, TR C Mog Mejalla Medjouna - Tél: 06 00 59 84 24	28.04.23					1500,00

VOLET ADHERENT

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

الدكتور منير م.

DOCTEUR MOUNIR M.

طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بليبج (بلجيكا)

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de médecine
de Liège (Belgique)

Médecin interne des Hôpitaux de Paris

Mohammedia le :

19 avril 2023

Mr CHOUAL WALID

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.00

OG = + 0.50



Docteur MOUNIR M.
OPHTALMOLOGISTE
Clinique Spécialisée
33 Lot Sania, Bd Hassan II
Mohammedia

33. Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia

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

RDV : 06 50 12 88 66 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

ICE : 001949640000068



مركز بصريات سكومي
الرؤية الواضحة

SKOUMI OPTIC
Opticien Optométriste
Bd. Zouhair Agha - 61 TR C MAG
Mejjatia Medjouna - Tél: 06 00 59 44 24

FACTURE N° 000 064

BENEFICIAIRE

DATE: 28-04-23

Nom & Prénom : CHOUAL WALID

Medecin : MOCHIR M.

Mutuelle :

REFRACTION

	SPH	CYL	AXE	ADD	Lentilles	Prisme
OD	+1,00					
OG	+0,50					

LIBELLE	P.U.	Qté	P.T.
MONTURE: plastique	600,00	1	600,00
VERRES : org 1,6	450,00	2	900,00
antireflet + anti lumière bleue			

Mode de Paiement :

- ☐ Chèque
☐ Carte
☒ Espèces

Total HT	1500,00
TVA	
Total TTC	1500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

ZUN AL HAMD LOT N 61 TR C MAG MEJJATIA
MEDIOUNA. Tél : 0702200703 GSM : 0600598424 CNSS : 170206528
Patente : 37176372 ICE : 002696711000010 IF : 47327881 RC : 446596