

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



Déclaration de Maladie

N° W21-655256

160157

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 09372	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHOUAL ADEL SMAIL
Nom & Prénom : CHOUAL ADEL SMAIL		Date de naissance : 11.11.1965	
Adresse : 175 BIS CHABAB		Total des frais engagés : 1803 Dhs	
Tél. : 062 04 8528			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Docteur MONNIR M. ORTHOMOLOGISTE Clinique Spécialisée 33, Lot Sania, Bd Hassan II Mohammedia			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : CHOUAL ADEL SMAIL Age : 54			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : AFFECTATION SPECIALE Oculaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 33, Lot Sania, Bd Hassan II Mohammedia			
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 : 16/01/2023 Le : 01/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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		30000	INP : 051-69789 Santé publique Sania, Bd Mohammedia

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
SKOUNI OPTIC Optométriste Bd. Zou Al Hamd. - tél. 06 00 59 84 24 Mejia Mediouni	28.04.23					1500,00

095027975

VOLET ADHERENT

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				INP : _____												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
				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 و جراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE

Mohammedia le :

الدكتور منير م.

DOCTEUR MOUNIR M.

طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de médecine
de Liège (Belgique)

Médecin interne des Hôpitaux de Paris

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

بيانات سكوب مي
الربيعية التي أضحت

FACTURE N° 000 064

SKOU 21 OPTIC
Bd Zun Al HAMD N° 61 TR C MAG
Mejjatia Mediouma - Tel: 06 00 59 87 24
Ophtalmologiste Optometriste TRC MAG

BENEFICIAIRE

Nom & Prénom : CHOUAL VALID

Medecin : M.R.C. NIR M.

Mutuelle :

DATE : 28-04-23

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

LIBELLE	P.U.	Qté	P.T.
MONTURE: plastique 600,- 1			600,00
VERRES: cerug 1,6 450,00 2			900,00
anti-reflet + anti lumiere BLEUE			

Mode de Paiement :

- Chèque
 Carte
 Espèces

Total HT	1500,00
TVA	
Total TTC	1500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :