

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**213346**

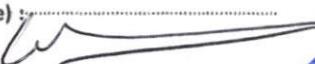
**Déclaration de Maladie**

N° W19-595205

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>06628</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> <b>Actif</b>		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>			
Nom & Prénom : <b>FACHTA LI DRISS</b>			
Date de naissance : <b>04/03/1964</b>			
Adresse : <b>R.G.S.D. ANFA. AEROCITY. 5TH FLOOR. STAGE 6.</b>			
Tél. : <b>0661310633</b> Total des frais engagés : <b>15000</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>	
Nature de la maladie :	
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.	

**MUPRAS**  
H. HAKKAM  
26 DEC 2022  
ACCUEIL

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 : **Le 26 Décembre 2022**  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **/ /**

#### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

LISTE DES ACTES 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
				INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ENTRE DE CORPS ET DE PROTHESE ET JULIARE MAROU 445 Bd. Abdellahoumen 1er Etage Séjour et Abdellahoumen Int. Bab El Oued - TEL: 527 84 57	20/12/2012					15000 Dhs

**VIOLET 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'INFE

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"/>																						
	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"/>																						
	DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		G
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D																							
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
G																							
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE DE CORRECTION ET DE PROTHESE OCULAIRE MAROC



**ZINEB YAQUOT**

Orthoptiste & Oculariste

Diplômée de l'ESPO –Rabat et de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie - Paris

Fabrication et Adaptation de Prothèse Oculaire sur mesure

Dépistage et Rééducation des troubles fonctionnels de la vision binoculaire

(Orthoptie, Lancaster, Vision des couleurs, Champs visuels automatisé HUMPHREY)

Casablanca, le 20/12/2022

## FACTURE

174/R/22

Je soussigne certifie avoir examiné et suivis en ce jour le cas **Mlle FACHTALI RANIA**

Les frais de cet examen s'élèvent à :

DESIGNATIONS	DATE	SEANCE	PRIX UNITAIRE
<b>Rééducation orthoptique</b>	30-11-2022	1	<b>150 dhs</b>
	02-12-2022	2	<b>150 dhs</b>
	05-12-2022	3	<b>150 dhs</b>
	07-12-2022	4	<b>150 dhs</b>
	09-12-2022	5	<b>150 dhs</b>
	12-12-2022	6	<b>150 dhs</b>
	14-12-2022	7	<b>150 dhs</b>
	16-12-2022	8	<b>150 dhs</b>
	19-12-2022	9	<b>150 dhs</b>
	20-12-2022	10	<b>150 dhs</b>

La présente facture est acquittée à la somme de : **MILLE CINQ CENT DIRHAMS**  
Mode de paiement : **ESPECES**

*Centre de Correction et de Prothèse Oculaire Maroc  
445, Bd. Abdelloumen 1<sup>er</sup> Etage  
Résidence Riad Abdelloumen Immeuble  
Casablanca - Tél. 0522 85 52 53*

445, bd Abdelloumen 1<sup>er</sup> étage n°2, Rés Riad Abdelloumen Casablanca, Maroc –

Tél : **0522.86.52.53- 0664.31.69.13**

R.C : 294123, Patente : 34753721, I.F:14474337, C.N.S.S : 4037017, ICE : 001597294000038

Email: [zineb.yaquot@prothese-oculaire.ma](mailto:zineb.yaquot@prothese-oculaire.ma)

Site web: [www.prothese-oculaire.ma](http://www.prothese-oculaire.ma) / [www.facebook.com/ccpom](http://www.facebook.com/ccpom)

Compte Bancaire : 01431 000061 001 59 – **BMCI Agence France Ville**

**Docteur Oumaïma ACHAGRA**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies  
& Chirurgie des Yeux

Esthétique et Pathologie des Paupières

Chirurgie du Strabisme

Chirurgie de la Cataracte

Diplômée des Universités de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Horaires : 9h à 16h

Sur Rendez - vous

**الدكتورة أميمة أشڭري**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

تجميل وأمراض الجفن

طب وجراحة الحول

خريجة جامعة باريس

الإستقبال: 9 صباحا إلى 4 بعد الزوال

بالموعد

22/04/2022

Casablanca, le .....

**Mademoiselle FACHTALI Rania**

**INSUFFISANCE DE CONVERGENCE**

**10 SEANCES DE REEDUCATION ORTHOPTIQUE**

CENTRE DE CORRECTION ET  
DE PROTHÈSE OULAINÉ MAROC  
445 Bd. Abdelhakim 1er Etage  
Résidence Rue Abdelhakim Immeuble  
Casablanca . Tél: 0522 55 52 23



**Dr. ACHAGRA OUMAIMA**  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
39, Bd. Mohammed V - Casablanca  
Tél : 27 - 66 - 77

***En cas d'urgence, contacter la Clinique RACHIDI : 05 22 22 12 96***

05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97 - شارع محمد الخامس - قرب سينما أ.ب.س. - الدار البيضاء - الهاتف :

39, Bd. Mohammed V - Près Cinéma ABC - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

GSM : 06 62 18 38 27 - E-mail : cabinetdocteurachagra@gmail.com البريد الإلكتروني :

# CENTRE DE CORRECTION ET DE PROTHESE OCULAIRE MAROC



**ZINEB YAQUOT**

Orthoptiste & Oculariste

Diplômée de l'ESPO –Rabat et de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie - Paris

Fabrication et Adaptation de Prothèse Oculaire sur mesure

Dépistage et Rééducation des troubles fonctionnels de la vision binoculaire

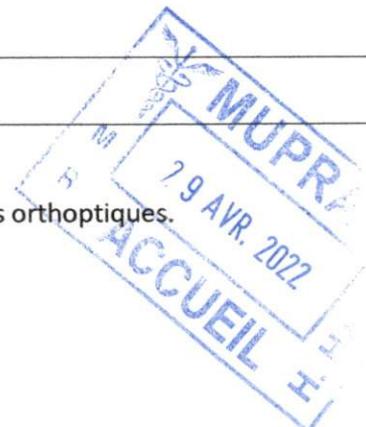
(Orthoptie, Lancaster, Vision des couleurs, Champs visuels automatisé HUMPHREY)

Casablanca, le 26/04/2022

## DEVIS

La patiente **Mlle FACHTALI RANIA** nécessite 10 séances de rééducations orthoptiques.

Les frais de cet examen s'élèvent à :



DESIGNATIONS	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	TOTAL
Rééducation orthoptique	10 séances	150.00 DHS	1500.00 DHS

Le présent devis est acquitté à la somme de : **MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

*Centre de Correction et de Prothèse Oculaire Maroc  
445, Bd Abdelmoumen 1<sup>er</sup> étage n°2, Rés Riad Abdelmoumen Casablanca, Maroc –  
Tél : 0522.86.52.53- 0664.31.69.13  
R.C : 294123, Patente : 34753721, I.F:14474337, C.N.S.S : 4037017, ICE : 001597294000038  
Email: zineb.yaquot@prothese-oculaire.ma  
Site web: www.prothese-oculaire.ma / www.facebook.com/ccpom  
Compte Bancaire : 01431 000061 001 59 – BMCI Agence France Ville*

445, bd Abdelmoumen 1<sup>er</sup> étage n°2, Rés Riad Abdelmoumen Casablanca, Maroc –

Tél : 0522.86.52.53- 0664.31.69.13

R.C : 294123, Patente : 34753721, I.F:14474337, C.N.S.S : 4037017, ICE : 001597294000038

Email: zineb.yaquot@prothese-oculaire.ma

Site web: www.prothese-oculaire.ma / www.facebook.com/ccpom

Compte Bancaire : 01431 000061 001 59 – BMCI Agence France Ville

N° Dossier: 113746 

N° Dossier externe: ACC-06628-29/04/2022

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: FACHTALI RANIA

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 29-04-2022 

Date de fin: 

Date de saisie: 29-04-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
04-05-2022	Manuel	OK ACC 10 QEANCES ORTHOPTIQUE FORFAIT
05-05-2022	Manuel	sms envoyé