

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

M23-000672

151901
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8790 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAOU M MOHAMED
Date de naissance : 10.06.1968
Adresse : 10, Rue AZEMA AT12 OASIS
Tél. : 0661 695286 Total des frais engagés : 4500,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:.....

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

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 06.03.2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

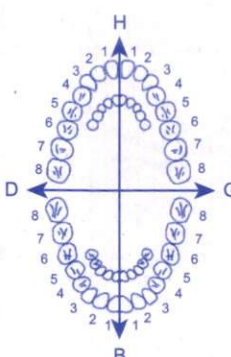
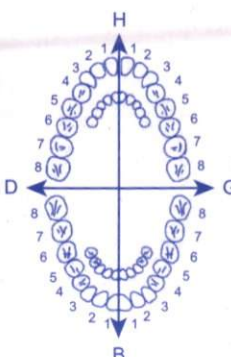
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Début d'exécution <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fin d'exécution <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date du devis <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date de l'exécution <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

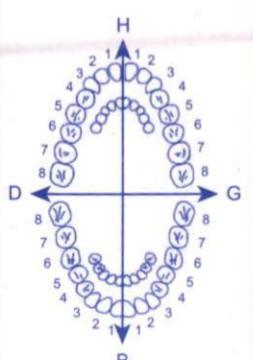
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1602100

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : NAOUM MOHAMED
Matricule : 8790 Fonction : CCI Poste :
Adresse : 10, Rue AZEMA, Apt 12 OASIS
Tél. : 06 61 69 52 96 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : NAOUM MOHAMED Age 10 | 06 | 68
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Affection oculaire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A CASA le 07 / 02 / 2023 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1602100
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
07/02/2023	U		400	

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
	07/02/2023	Rayons X	500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
K-ONG OPTIC AYAD EL KHAOULA Opticienne Optométriste 102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah Ain Chock Casa -	28/02/2023					3600,00

AYAD ELKHAOULA

Opticienne
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05 29 95 92 95

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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																
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANT 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																		
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	00000000	35533411	B	11433553		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552																
	00000000		00000000																
	00000000	D	00000000																
	35533411	B	11433553																
		G																	
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

mardi 07 février 2023

Mr NAOUM Mohamed

Compte rendu Lacrydiag

INTERFÉROMÉTRIE :

Œil droit : 30 nm Maillage fermé

Œil gauche : 30-80 nm Forme en vague

GLANDES DE MEIBOMIUS :

Œil droit : 18% de perte

Œil gauche : 19 % de perte

HAUTEUR DU MÉNISQUE LACRYMAL :

Œil droit : 0.11 mm

Œil gauche : 0.10 mm

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Moulay Driss 1^{er},
R.S., Dar Moulay Driss Casablanca
Tél: 05 22 86 41 23 / 51 - Gsm: 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez -vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
R.S., Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 19 28 36 31 - Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

07 février 2023

Mr NAOUM Mohamed

MASQUE OCULAIRE CHAUFFANT OU COMPRESSES CHAUDES

1 application avec massage des bord libres des paupières pendant 1-3 mois

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 -3Mois

XAILIN NIGHT

1 application, le soir, dans les deux yeux, pendant 1 -3mois

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Moulay Driss 1^{er},
Ezzouhar, Casablanca
Tél: 0522 86 41 23 / 51 - Gsm: 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez -vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 طابق - شارع مولاي إدريس الأول - إقامة دار مولاي إدريس, 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Cacablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 المحمول:

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma Site web:

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة متخصصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Le 02/07/2023

INPE 091033084

Bon de règlement

Reçu de Mr /Mme / Melle

MOHAMED

La somme de

QUATRE CENT DRS

7400

Pour

Consultation

Consultation sur rendez -vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 طابق 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 إقامة دار مولاي إدريس. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Cacablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

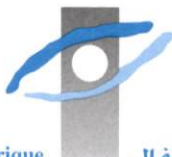
الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

المحمول: 06 61 08 06 18 الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة متخصصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

07 février 2023

Mr NAOUM Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 3.25 (- 0.75 à 97°)

OG = + 4.25 (- 1.25 à 84°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

K-ONO OPTIC
AYAD EL KHAOULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock Casa -

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
Tél: 05 22 86 41 23 / 51 - GSM: 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 - طابق 3 - شارع مولاي إدريس الأول - إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - دار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma



K-ONO OPTIC
AYAD EL KHAOULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock Casa -

INPE:095023958

ICE: 002270067000066

Facture N° 007M

Date-le : 28/02/2022

Docteur: LAILA RAIS

Mr (e): NADUM MOHAMED

1. Monture : <i>aplique</i>	1300,00
2. Verres: <i>progressif organique anti-refl</i>	2300,00
Vision de Loin:	
OD: <i>+3,25 (-0,75 à 97)</i>	
OG: <i>+4,25 (-1,25 à 84)</i>	
Vision de Prés:	
OD:	
OG:	
ADD: <i>0,5 + 2,50</i>	

K-ONO OPTIC
AYAD EL KHAOULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock Casa -

AYAD ELKHAOULA
Opticienne
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 29 95 92 95

Arrêtée la présente Facture à la somme de: 3.600,00

Trois mille six cent dinars
(p a / r en espèce)

RC:436474 / IF:31900763/ TP:34000981/ ICE : 002270067000066 /
INPE:095023958