

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 - Tel : 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

N° W21-628278

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02 13099 Société : RAM 159473

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. Dou Ab. Delphand

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 91 20 22 Total des frais engagés : 6457 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/03/2023

Nom et prénom du malade : ERBAHI DINA Age:

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

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

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 : Le : / /

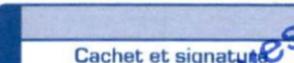
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20/03/83	S		300 DH	INP : 0011683 Hada MIKOL Chirurgien Ophtalmologiste Srendhal - Casablanca 07 47 15 94

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
20/03/23	77,10
20/03/23	150,00

[illegible]

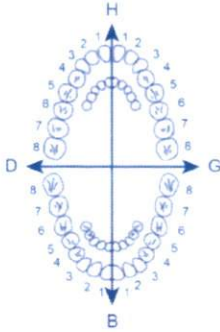
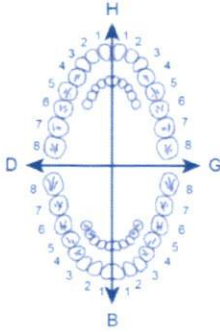
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	13/04/13		Monture + Verres			55300 0H.

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 : <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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Millenium eyes

Facture N° : 000139/2023

Client : ERBAHI DINA

Optométrie

	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	+0,50	-0,25	95	+1,75
O.G	+0,50	-0,25	104	+1,75

Liste des ventes

Marque	Référence	Unité	Prix unitaire	Remise	Montant TTC
OPTICALIA	MONTURE OPTIQUE	1	1430	0	1430
PRESIO W	OrgProgBCUT1.6	2	2250	0	4500

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT :

4941,67

TVA (20%)

988,33

Total TTC :

5930,00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

CINQ MILLE NEUF CENT TRENTE DIRHAMS



INPE:105003255

Cachet Casablanca, le 13/04/2023

Millenium eyes

Opticienne optométriste

GH 4 imm 3 mag21

Diar al andalous3

ICE : 002748000000076 RC : 498633 Patente : 32902567 IF : 50167050



PT1806000234

20 mars 2023

Mme ERBAHI Dina

PHYLARM

159,00
* 1 lavage / jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

HYLOCOMOD ou Thealose: collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

SOINS de paupières quotidiens

Matin et soir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

COMPRESSES chaud

27,50
le soir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

DEXAFREE collyre

1 goutte x 3/ J, dans les deux yeux, pendant 3 jours

THERAPEURL

masque chauffant

 Pharmacie VELUDRONE
BENJELLOUN Salma
Diplômée en Pharmacie
16, Rond-Point des Sports
Casablanca - Tél: 0522 35 20 41

PHARMACIE HAY EL HANA
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél: 05 22 94 67 49


Dr Rada MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél: 05 22 94 67 49
E-mail: rmikou@cliniquestendhal.com

26088003

Lot / Fab / EXP :



7Q62

02 2022

02 2025

قطرات مرطبة للعين

في حالة الإحساس بجسم غريب,
بحرارة أو بتدميع العين.

خال من المواد الحافظة.
متوافق مع العدسات اللاصقة.

10 مل ~ 300 قطرة

منتج للعلامة التجارية
هيلو أي كير



2024 - 06 .

LOT

302492 .

PPC:

150 DH .





PT1806000234

20 mars 2023

Mme ERBAHI Dina

Monture + verres correcteurs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 0.25 à 95°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 104°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.75

Millenium eyes
Opticienne optométriste
GH 4 / mm 8 mag 21
Dial al ancalus 3

Dr. Rade MIKOU
Chirurgie ophtalmologique
18, Avenue Stendhal - Casablanca, Maroc
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com