

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0017840

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Arifi Mohamed
Date de naissance : 14/11/1939
Adresse : Bloc 3, Anfa 3, App 5, Sarsa
Tél. : 06 77 58 1931 Total des frais engagés : 902,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
DR. CHARBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 60 - 65 22 59 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
Date de consultation : 25 / 04 / 2023
Nom et prénom du malade : ARTFI mohamed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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 : 07

Le : 10/5/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

25/04/2023 CS 200,-

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur Date Montant de la Facture

25/04/2023 202,20

Pharmacie Meryem/INPE



092042456

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

25/04/2023 panoramique 180,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

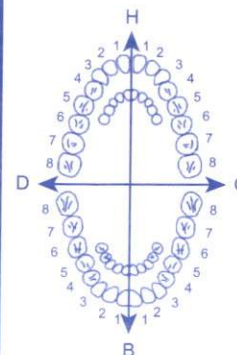
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

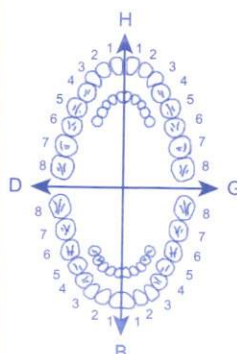
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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



ORDONNANCE

Casablanca le 25/04/2023

M^r. ARIFI mohamed

BIOMECHANIQUE

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd, panoramique, californie
Casablanca maroc
Tel : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd, panoramique, californie
Casablanca maroc
Tel : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21



Name
Arifi, Mohamed

Number
53

Birth Date
01/01/1934

Sex
Male

Race
(Unknown)

Patient Data Field 1
ym

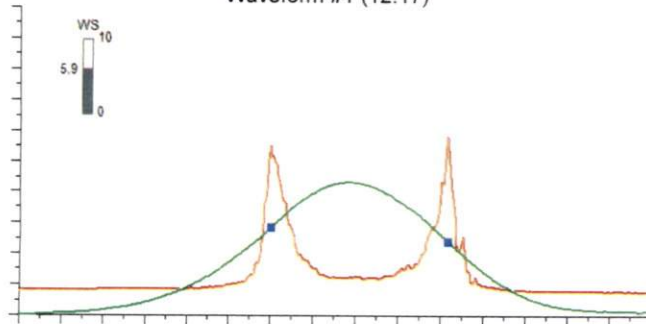
Patient Data Field 2

TTT: Argulation + lesions de l'iris

Measurement Date: 25/04/23

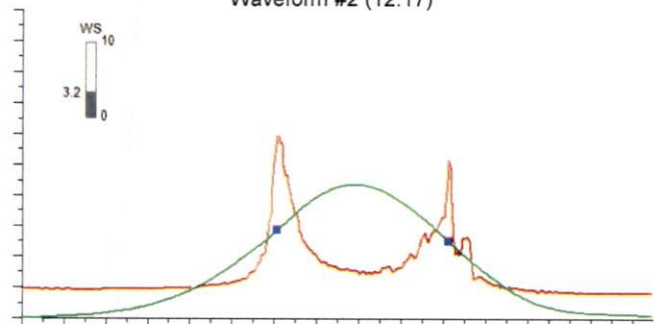
RIGHT EYE

Waveform #1 (12:17)



IOPcc: 38,0 IOPg : 33,8 WS : 5,9
CH : 4,6 CRF : 10,9

Waveform #2 (12:17)



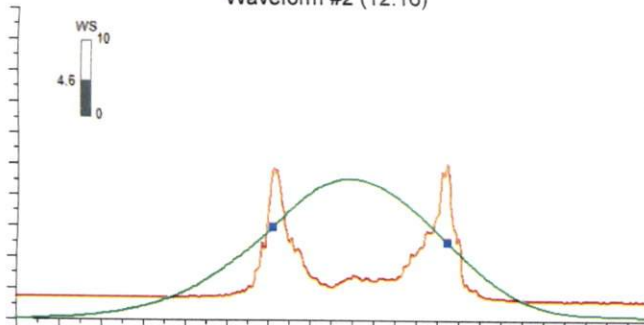
IOPcc: 41,5 IOPg : 35,5 WS : 3,2
CH : 2,7 CRF : 9,8

Session Average(Intelligent)

IOPcc: 39,2 IOPg : 33,6 WS : 5,9
CH : 3,3 CRF : 9,8

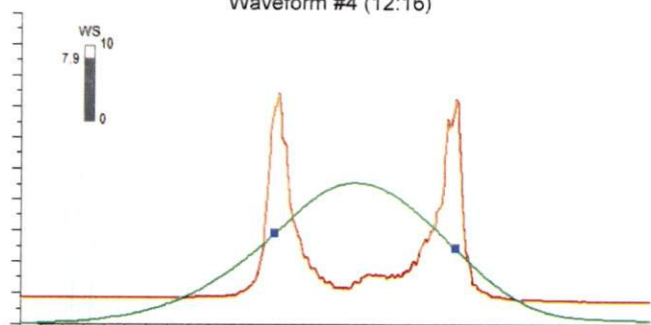
LEFT EYE

Waveform #2 (12:16)



IOPcc: 40,2 IOPg : 36,3 WS : 4,6
CH : 4,6 CRF : 11,7

Waveform #4 (12:16)



IOPcc: 38,5 IOPg : 34,7 WS : 7,9
CH : 4,8 CRF : 11,4

Session Average(Intelligent)

IOPcc: 38,9 IOPg : 35,5 WS : 7,8
CH : 5,1 CRF : 11,9

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél: 05 22 88 46 19 / 20
05 22 88 46 80 / 00 - 05 22 80 15 15
Fax: 05 22 88 46 21

dr chahbi
clinique de loeil californie

IOPg, IOPcc, CH and CRF values are expressed in mmHg.



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 25/04/2023

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, bd. panoramique, californie

Casablanca maroc

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 86 46 21



le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

M. ARIFI Mohamed

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Biomeconique

Soit la somme de : 500,-

cinq cents Dhs

.....Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, bd. panoramique, californie

Casablanca maroc

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 86 46 21



Cachet et signature





ORDONNANCE

Casablanca le 25/04/2023

M: ARIFI mohamed



9:00 21:00



9:30 21:30



22:00

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste

544, Bd. Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Tél: 05 22 52 50 15 / 05 22 52 50 15

Pharmacie Meryem
 Casablanca
 Mme Ikhlass Benyahya
 19 bis. Bvd Ibnou Sina
 Tél: 0522 36 33 27
 ICE: 002600843000001
 INPE: 092042456

PPV: 91 DH 50

051,50

Ibrim

19 21 3

110,70

Porzine

19 21 3

PPV: 110,70 Dhs

Lokam

19 21 3

202,20