

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

M22- 0051103

168342

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5000

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

MOUHINE ABDELHAK

Date de naissance :

02/03/1961

Adresse :

Habituelle

Tél. :

06.61.89.1181

Total des frais engagés :

4408,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
05 78 75 89 89

Date de consultation :

10 Jul 2023

Nom et prénom du malade :

MOUHINE ABDELHAK

Age : 62 ans

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 :

CASA

Le :

10/07/2023

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
01/07/2023	CA		300,00	Dr. MAQI MAHA Office Lotissement Missimi Tél : 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 75 89 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K. Rue 154 N° 23/45 EL Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000029	10/07/23	308,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. MAQI MAHA	11/07/23					3800,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"/>																					
				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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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

Docteur Maha IRAQI

Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse
Diplômé d'Oeil et Médecine Interne
et de Neuro-Ophtalmologie
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقي مها
إختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الإستشفائي ابن رشد
طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le

10 juillet 2023

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
GSM : 06 78 75 89 89

Mr MOUHINE ABDELHAK



Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets
Vision de loin :

OD = + 1.00 (- 0.75 à 78°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 93°)

Vision de près : ODG = Add : + 2.50



PHARMACIE MOUHINE ABDELHAK
Groupe K, Rue 13 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 91 13 38
I.C.E : 000500246000026

38,00 x 2



1/ NAVILIPO

1 goutte 3 à 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

112,50

2/ LOTEMAX collyre



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

T = 308,50

جدول أوفيس (1)
Tableau A (Liste I)
Distribué au Maroc par Zenith Pharma
AMM Maroc N°: 60/20/DMR/ZI/NRODMM
PPV = 112,50 DHS
LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb

سيتي أوفيس - شارع هادلو - حي مسيمي - الطابق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحي الحسنسي) - الدار البيضاء
City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3 ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca
Tél : 05 22 91 13 38 : الهاتف - GSM : 06 78 75 89 89 : المحمول - E-mail : iraqimaha@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

M^r MOUHINE Abdelhak

CASABLANCA Le : 11/7/2023

FACTURE N° : 03482023

Designations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique Verres Progressifs asphérique Anti Reflet $OD : (78^{\circ} - 0,75) + 1,00$ $OC : (93^{\circ} - 1,25) + 0,75$ Ascl : + 2,50 ODC		800.- 3000.-
	TOTAL	3800.-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille huit cent dh

Optique Aigle Vision
OPTICIEN
Rue 136 N° 49 GR "N" Oulfa - Casablanca
Tél : 0522.93.22.99
Fax : 0522.93.22.99

Siège social : Rue 136 N° 49 GR "N" Oulfa - Casablanca - Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 - RC : 121783 ICE : 000037852000085