

# 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

N° M21- 064523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12746

Société : R.A.T

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HARBAL ZAKARIA

Date de naissance : 28.07.1985

Adresse :

Tél. : 0661760563

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2023

Nom et prénom du malade : HARBAL Zakaria

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection dentaire

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 : 25/11/2023


Signature de l'adhérent(e) :



### 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
25.11.2023	2, 1, 5		400,	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.11.23	219,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

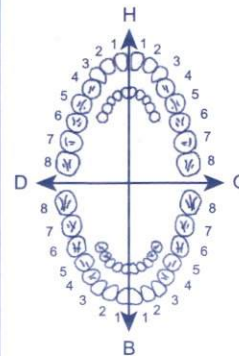
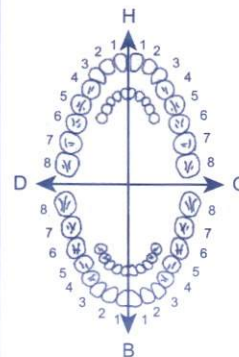
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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										
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASABLANCA, Le 12 décembre 2023

AL FIRDAOUS OPTIQUE  
AV OUM ERRABIE IMM GH25A MAGASIN N 02L030  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE**  
**Identifiant adhérent : 012746\_1985-07-28\_ZAKARIA**  
**N/REF : 20233460025774**  
**Adhérent : HARBAZ ZAKARIA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ZAKARIA HARBAZ.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de\* **1100.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 12-12-2023 au 12-03-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ZAKARIA HARBAZ.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- **Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.**

\* Pour information, la part adhérent : **60.00 MAD**



2746  
AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL  
EL AZIZ EL IDRISSI HICHAM  
Opticien Optométriste  
Av.oum Errabie imm GH 25 A Magasin N 02L.030  
Hay EL Oulfa Casablanca.Tel: 0522938312/68  
INPE: 095001889



Centre des maladies  
& Chirurgie des yeux



مركز الأمراض  
و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou  
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)  
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)  
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux  
Chirurgie des voies lacrymales  
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie  
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)  
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو  
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر.  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو  
جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
الليزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 05/12/2023

HARBAZ Zakaria

Oeil Droit : (80° -0,25)

Oeil Gauche : (130° -1,00) + 1,00

VERRES BLANCS ANTIREFLETS

AL FIRDAOUS OPTIQUE SARI  
EL AZIZ EL IDRISSI HICHAM  
Opticien Optométriste  
Av.oum Errable, 11m GH 21 A Magasin N 02L 030  
Hay EL Oulfa Casablanca. Tel: 0522938512/68  
INPE: 095001889

Dr. Mohammed MIKOU  
OPHTALMOLOGISTE  
Al Moudjel Center  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
Casablanca, N° 18 - CASABLANCA  
Tél: 0522 86 28 20 / 05 22 86 28 48 / 06 61 09 57 50

AL MIARAJ Center, Angle Bd. Abdelmoumen, 2<sup>ème</sup> étage N° 18  
Tél : 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48 - GSM(en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50  
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com

مجمع العراج زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن الطابق الثاني رقم 18  
الهاتف : 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 20  
الهاتف للمصوّل (في حالة الطوارئ) : 06 61 09 57 50

# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



# مركز الامراض و جراحة العيون

**Docteur Mohammed Mikou**  
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)  
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)  
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux  
Chirurgie des voies lacrymales  
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie  
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)  
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

**الدكتور محمد ميكو**  
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلابة بالليزر.  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو  
جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الاوعية  
اللايزر متعدد الاشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 25/11/2023

HARBAZ Zakaria



**MIXtears collyre**

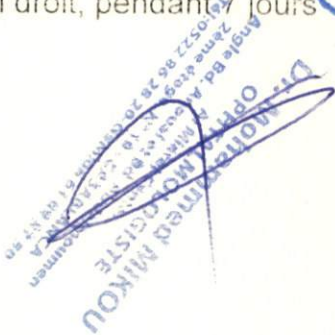
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

**LIPOSIC (Carbomère 980) tube de 10g**

1 application, 2 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 15 jours

**CILOXAN COLLYRE (Ciprofloxacin) 0,3%**

1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 7 jours





LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 131 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sotheima  
PPV : 45,90 DHS  
Remboursable AMO  
406434

Lot :

EXP :

2RDC3D  
09 2024

**CILOXAN® 0,3%**  
COLLYRE

FABRICADO PARA INDO CON SISTEMA DE CALIDAD  
CERTIFICADO POR AENOR CON EL N° ER-0678/2010  
MANUFACTURED FOR INDO WITH CERTIFIED  
QUALITY SYSTEM BY AENOR NO. ER-0678/2010

MD

9320363311445004155241

LOT



SPH CYL  $\Phi$  N SPH CYL  
-0.25 +0.25 70 1.50 0.00 -0.25



06/2023



STICKER

SUPERFIN 15 NAT BLUE

REF

5918976407

**INDO**

STOCK

# INDO

Diseñado por / Designed by

Indo Optical S.L.U  
Avda Alcalde Barnils 72  
08714 Sant Cugat del Vallés, Barcelona (Spain)  
[www.indo.es](http://www.indo.es)



CE

MD



# INDO

**Diseñado por / Designed by**

Indo Optical S.L.U  
Avda Alcalde Barnils 72  
08714 Sant Cugat del Vallés, Barcelona (Spain)  
[www.indo.es](http://www.indo.es)



CE

MD

SPH CYL  $\Phi$  N SPH CYL  
0.00 +1.00 70 1.50 +1.00 -1.00



06/2023



5918977231

STICKER  
SUPERFIN 15 NAT BLUE

REF

**INDO**

STOCK