

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

202796

He 7115  
Déclaration de Maladie

M23- N° 0043685

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R  
Nom & Prénom : Si Feddine Abdallah  
Date de naissance : 04.08.1955  
Adresse : 16 Passage 4 Tissi II Bennechid  
Tél. : 06 76 20 75 33 Total des frais engagés : 3806,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 04 / 24  
Nom et prénom du malade : Souad 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 : Bennechid Le : 04 / 04 / 2024  
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
04/04/24		5	1056,30	


### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/04/24	1056,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

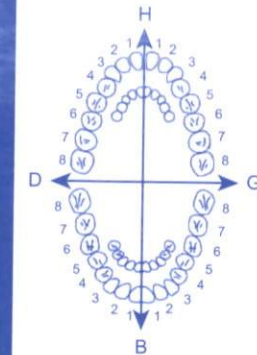
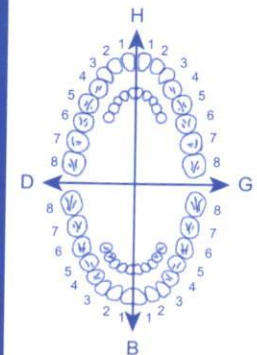
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	04/04/24					2500

### 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	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	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	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

Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- الجراحة المجهرية للجحلاية
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر باليزر « بورديو »
- طبيب سابق بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Berrechid le 04 avril 2024

Mr/Mme: Mme KERROUM Souad

7x.30.90  
TRAVATAN: collyre

1 goutte par jour, le soir à 21h, les deux yeux, 7

Mois

MIXTEARS

140.50  
1050.30  
1 goutte x 2 à 3/j pd 6mois, les deux yeux



الدكتورة ماجدولين خالدي  
Dr. Majdouline KHALIDI  
Ophtalmologiste  
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab  
1er Etage N°2 - Berrechid - Tél: 05 22 51 71 51

Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab, 1er Etage, Appt 2 - ( au dessus d' Attijari Wafa Bank ) - Berrechid

Tél : 05 22 51 79 51 - Gsm : 06 76 10 43 74 - E.mail : khalidi.majdouline@hotmail.fr - (Sur Rendez-vous)

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°30/20 /DMP/21/NRQDNM  
PPV : 130.90 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°30/20 /DMP/21/NRQDNM  
PPV : 130.90 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°30/20 /DMP/21/NRQDNM  
PPV : 130.90 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°30/20 /DMP/21/NRQDNM  
PPV : 130.90 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°30/20 /DMP/21/NRQDNM  
PPV : 130.90 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°30/20 /DMP/21/NRQDNM  
PPV : 130.90 DH

PPC: 140 DH 00

LOT H 00422  
2025/11



# EVE OPTIC

M<sup>e</sup> 7115

RC: 337929

IF: 152941111

Inpe : 095029401

ICE: 000112884000066

N°

01662

Le:

20/04/24

M: KE RROUM, SOUM

Type des verres:

verres progressifs  
autofocus VV

1800p

Monture:

Monture acier

700p

Vision de loin:

OD

Axe

135°

Cyl

-0,25

Sph

+0,25

OG

Axe

30°

Cyl

-0,25

Sph

+0,25

Vision de près:

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

EVE OPTIC S.A.R.L.  
OPTICIEN

6, Bis Rue Ibn Hajjaj, Av 2 Mars  
Casablanca - Tél: 06.63.78.91.91

IF: 15294111 - R.C: 337929

ICE: 000112884000066

Add:

Montant:

2500p

☎ 06 63 78 91 91

☎ 05 22 81 33 99

☎ 6 Bis Rue Ibn Hajjaj 2 Mars - Casablanca

# Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهرية للجلاطة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طبية سابقة بمستشفى 20 غشت
- طبية داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Berrechid le 04 avril 2024

Mr/Mme **Mme KERROUM Souad**

Monture + verres correcteurs progressifs  
anti uv Antireflets

VL :

OD = + 0.25 (- 0.25 à 135°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 30°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

**EVE OPTIC S.A.R.L.**  
OPTICIE  
6, Bis Rue Ibn Hajjaj, Av 2 Mars  
Casablanca - Tél: 06.63.78.91.91  
I.F: 152941 - 1 - R.C: 337929  
ICE: 000112984000066

DR. MAJDOULINE KHALIDI  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab  
1er Etage, Appt 2 - Berrechid  
Tél: 05 22 51 79 51