

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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

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 - 8ème 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° P19- 0044605

N.D. - 306 N

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3649 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite anticipée
Nom & Prénom : MEGGUEJ Mohamed
Date de naissance : 25-10-1961
Adresse : Résidence ANNAD imb 23 Apt 242 cité plateau Casablanca
Tél. : 06 61 51 48 19 Total des frais engagés : 11040,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/05/2020
Nom et prénom du malade : COMESTE Opticien Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MEGGUEJ Mohamed
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 : 29 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
14/05/2020	CUS		210,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/05/2020	1790,80

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	
	13/6/20					5000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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>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			CCEFFICIENT 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 Adil WAHIDY

Ophthalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



الدكتور عادل وحيدى

إختصاصي في طب و جراحة العيون

جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر

- تصحيح البصر لايزك

14/05/2020

PHARMACIE ACHRAF

Dr. Slimane Slimane

Rés. Annajd - Bd. Anwal - Cité Plateau - CASA
Tél. 05 22 98 97 63 - Fax. 05 22 99 64 17

Casablanca, le :

MEGGUEN

Mohamed

125.00 x 5 / 625.00

- AZOPT COLLYRE (Brinzolamide) N 6

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, pdt 6 mois

194.30 x 6 / 1165.80

- AZARGA COLLYRE fl N 6

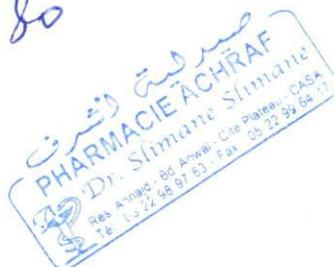
1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, pdt 6 mois

PHARMACIE ACHRAF

Dr. Slimane Slimane

Rés. Annajd - Bd. Anwal - Cité Plateau - CASA
Tél. 05 22 98 97 63 - Fax. 05 22 99 64 17

1730.80



DR. ADIL WAHIDY
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tél. 05 22 86 14 18 / 05 22 86 14 18
Gsm: 06 44 05 49 05

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

جميع عبد المومن.
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المومن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

AZARGA 10 mg/ml + 5mg/ml
collyre en suspension
Flacon de 5 ml
PPV : 194,30 DH
AMM MAROC N° 428/18 DMP/21/NRQ -
Distribué par SOTHEMA
B.P N°127182 BOUSKOURA -Maroc



AZOPT® 10 mg/ml
Collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 223 DMP/21/NRQ
PPV: 125,00 DH
Laboratoires Sothema Bouskoura



AZARGA® 10 mg/ml + 5mg /ml
Collyre en suspension Flacon de 5 ml
P.P.V : 194 DH 30
AMM MAROC N°69 /11DMP/21/NNP
Distribué par les laboratoires SOTHEMA BOUSKOURA



AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
AMM MAROC N° 69/11/DMP/21/NNP
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DHS
Non remboursable AMO
© 2011, 2015 Novartis 449270



AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
AMM MAROC N° 69/11/DMP/21/NNP
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DHS
Non remboursable AMO
© 2011, 2015 Novartis 449270



Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 223 DMP/21/NRQ
PPV : 125,00 DHS
446372



Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 223 DMP/21/NRQ
PPV : 125,00 DHS
446372

AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension
Flacon de 5 ml
AMM MAROC N° 69/11/DMP/21/NNP
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DHS
Non remboursable AMO



69816-0 © 2011 Novartis AG

AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension
Flacon de 5 ml
AMM MAROC N° 69/11/DMP/21/NNP
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
PPV : 194,30 DHS
Non remboursable AMO



69816-0 © 2011 Novartis AG



Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 223 DMP/21/NRQ
PPV : 125,00 DHS
446372



Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 223 DMP/21/NRQ
PPV : 125,00 DHS
446372



Ophtalmologiste

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phako)

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

- تصحيح البصر لايك

14/05/2020

Casablanca, le :

MEGGUEN

Mohamed

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : $(85^\circ -0,50) + 1,75$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(26^\circ -0,75) + 2,25$, Addition + 2,50

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen
4ème Etage N° 211 Casablanca
Tél : 05 22 86 14 18 - GSM : 06 44 05 49 05

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الطرامواي عبد المومن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

Facture



Facture N° : 217
Date : 2020-06-13
Client
:MEGGUEN
MOHAMED

TAK OPTIC
73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif
Tel: 0522-256704

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+1.75	-0.50	85	+2.50
VLG	+2.25	-0.75	26	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROGRESSIF ORGANIQUE ANTI REFLET LUMIER BLEUE	1	3500.00	3500.00
2	PROGRESSIF ORGANIQUE ANTI REFLET LUMIER BLEUE	1	3500.00	3500.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	2000.00	2000.00

TVA	20%	Total TVA	1500.00
Total HT	7500.00	Net à payer	9000.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

neuf mille Dirhams

TAK OPTIC – 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif – 0522-256704 – takoptic@gmail.com
IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494