

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Angé Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-430828

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03021

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BELHAJ EL HAOSSINE

Date de naissance :

21/01/1958

Adresse :

BERNOUSSE - CASABLANCA

Tél. :

0625887540

Total des frais engagés :

6380,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed MIKOU
OPHTALMOLOGISTE
31 Miaral Center
Angle Bd Anoual et Bd. Abdelmoumen
2ème étage, N° 18 - CASABLANCA
Tél: 0522 20 20 - GSM: 06 61 09 57 50

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BELHAJ EL HAOSSINE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

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 :

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 l'accomplissement des Actes
07.02.2020	e2		300	Dr. Mohamed Mikou OPHTALMOLOGUE A1 MIA et B1 Angle Bd. Anouar et Bd. C. C. 18 2ème étage, N° 18 - Casablanca Tel: 0522 86 28 20 - GSM: 06 61 09 33 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAMALI MOHAMMED TAOUFIK 23 Bd. Al Foutouh - Casablanca Tél: 0522 86 28 20 - GSM: 06 61 09 33 39	16/02/20	690 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	TV	
Mme. S. EL JAMALI MOHAMMED TAOUFIK CENTRE D'ORTHOPEDIE ELECTROPHYSIOLOGIE 185, Bd. Abdelmonem Res. Wadi - Casablanca Tél: 0522 86 28 20 - GSM: 06 61 09 33 39 009, Souk Ennaja Dera Gharb Casa - Tél: 023 02 17 17	16/02/20		CV			500 DH
						4900

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

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 الجمعية للفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 15/02/2020

BELHAJ EL Hous

23 x 3



6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatar® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



- TRAVATAN 40µg COLLYRE (Travoprost) f
1 goutte, le soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

- HYLO-COMOD OEL (Hyaluronate)

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

690,00



6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatar® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatar® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



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

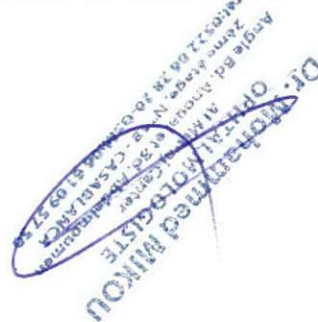
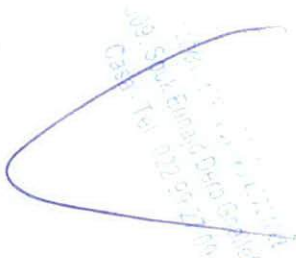
Casablanca le,07/02/2020.....

BELHAJ El Houssaine

Oeil Droit : $(110^{\circ} -0,75) -0,50$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(80^{\circ} -1,00)$, Addition + 2,50

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS



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 سيكلان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الاوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,

07.02.2020

BEL HAJ

ABDELMOUMEN
MIKOU
OPHTALMISTE

CV

DR. OPHTALMISTE
NOMIN POUSSIERE
Angle Bd. Abdelmoumen, 2^{ème} étage N° 18
Zaimo Hajar, 14
CASABLANCA
Tél: 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48 / 06 61 09 57 50

Mme. SERRAJ Nadine E. FILALI
CENTRE D'OPTIQUE - OPHTHALMOLOGUE
145 Bd. Abdelmoumen N° 18 - Cas
Tél: 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48 / 06 61 09 57 50

LUNETTES EL HANAA

نظارات الهناء

Souk Ennajd Derb Ghallef
N° 509
Patente : 34717241

سوق النجد درب غلف
الرقم 509
الباتنت - 34717241

DATE : 11.08.2020

N° 013051

NOM : BELHAJ

00210764400008=

PRENOM : EL HOUSSAINE

- DOCTEUR : Mohamed Miko

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE 110 CYL -0.75 SPH -0.50

1600.-

VL

OG : AXE 80 CYL -1. - SPH PL

1600.-

ADD : 2.50

OD : AXE CYL SPH

VP

OG : AXE CYL SPH

Verres PROGRESSE ANTIREFLECT

Monture opti-

1700.-

Facture Arrêtée à la somme de :

Deux Mille Neuf Cent DH

2900.-

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 11/02/2020

ICE : 00180477700038

TP : 34309939

IF : 41909940

FACTURE

Nom et Prénom : BELHAJ EL HOUSSINE

Examen : CHAMP VISUEL

Prix : 500 DH

MONTANT : (CINQ CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casa
Tél: 05 22 26 26 26 / 48.10.86 : 0661.63.34.26

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Le, 11/02/2020

Mr BELHAJ EL HOUSSINE

Cher Docteur,

→ **L'examen du champ visuel automatisé montre au niveau ODG:**

-Central 24 - 2 : A/C

OD: Le seuil fovéal 40 dB.

Atteinte diffuse et localisée par des points absolus et pseudo-absolus dans le CV du côté nasal, qui se traduit par le schéma de déviation totale et individuelle et les indices MD et PSD qui sont perturbés à $P < 0.5\%$

C/C : Le CV et le THG sont hors limites normales.

Un déficit profond et assez profond, para-central et périphérique dans le cadran supéro-nasal. Un déficit relatif périphérique inféro-nasal.

OG : Le seuil fovéal 36 dB.

L'indice MD est normal

L'indice PSD est très peu perturbé à $P < 5\%$.

C/C : Le CV et le THG sont dans les limites normales.

Bien à vous.

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casa
Tél : 0522.26.26.26 / 0661.63.34.26
Email : ha.serraj@gmail.com