

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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº W19-512075

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 23422		Société : Royal AIR MAROC	
Matricule : 8274			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAKIL Fakir			
Date de naissance : 08-05-1968			
Adresse : 59, Rue Habib Ben Abdellah - Casablanca			
Tél. : 06 70 33 61 19	Total des frais engagés : 1063,30 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. MOHAMMED MIKOU OPHTALMOLOGISTE Al Miaraj Center n°10 Rd. Anouar et Bd. Abdellatif Ben Hama 6 ^e étage, N° 18 - CASABLANCA Tél. : 05 22 20 45 45 - GSM: 06 61 09 57 50			
Date de consultation : 18/02/2020			
Nom et prénom du malade : EL KHOUMSI Amal Age : 19			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Compteur <input type="checkbox"/> 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-piétonnier à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
ACCUEIL ACCUEIL ACCUEIL			

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) :



RELEVE 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
18.02.26	C ₂		300.	INP : 0311663P Dr. Mohan OPHTHALMOLOGISTE 168 Avenue 1er Mai 75020 Paris 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Caractères du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMAZOURI BENNOUSSI Docteur Saphia Rue 100, B.P. 21854 Tunisie Tunisie	18/12/2020	263,30
	03/03/2020	500,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
		O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
			H	25533412	21433552												
			D	00000000	00000000												
			B	35533411	11433553												
			G														
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>														



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 سينكلان في بوردو
جراحة مسالك الدموية
فحص شبكيّة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العين

Casablanca le, 18/02/2020

EL KHOUMSI Amal

24,60
- FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine, Dexaméthas)

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

- OPATANOL COLLYRE

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

go *2*
- Cationam

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 mois



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 سيفالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 18/02/2020

EL KHOUMSI Amal

DE PRES

Oeil Droit : + 2,00

Oeil Gauche : + 2,00

VERRES BLANCS ANTIREFLETS

RAYON OPTIQUE
Opticienne Optométriste
Quartier la Gare, Rue Dinant
N° 5, Imm 51, Casablanca
Tél. 05 22 24 73 11





RAYON OPTIQUE

RUE RAHAL BEN AHMED IMB 51 N 5 BELVEDER CASABLANCA

TEL : 05 - 22 - 24 - 73 - 11

FACTURE N° 00

DATE 03/03/20

NOM / PRENOM EL KHOUSSI AMAL

MUTUEL MUPRAS

DESIGNATION	MONTANT
2 Verres Dioptriques Blancs	
Anti-reflet pour Vision de Près	<u>500 DH</u>
OD <u>2.00</u> ADD	
OG <u>2.00</u> ADD	
.....	
.....	
.....	

TOTAL	<u>500 DH</u>
-------	---------------

Cinq Cent Dirhams + TTC +

SIGNATURE ET CACHET

RAYON OPTIQUE
Opticienne - Optométriste
Quartier La Lune, Rue Dinant
N° 5, Imm 51, Casablanca
Tél: 05 22 24 73 11

ICE: 000510585000039