

## 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

- Reclamation : 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° W19-512075

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23422**

Matricule : **8774** Société : **Royal AIR MAROC**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **CHAKIL Farid**

Nom & Prénom : **CHAKIL Farid**

Date de naissance : **08-05-1968**

Adresse : **59, Rue Nabil Ben Aliouf, Casa**

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 Miral Center  
Boulevard Rd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
6ème étage, N° 18 - CASABLANCA  
Tél. : 06 78 20 05 50 - GSM: 06 61 09 57 50

Date de consultation : **18/02/2020**

Nom et prénom du malade : **EL KHOUHSE Amal** Age : **1970**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Non point ☐ Enfant

Nature de la maladie : **affection longue durée**

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 : **18/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL ACCUEIL**



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
18.02.2020	C	2	300,00	INF : 08/10/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur	<div> <div>Date</div> <div>Montant de la Facture</div> </div>
	<div> <div>18/2/2020</div> <div>263,30</div> </div>
<div> <div>Date</div> <div>Montant de la Facture</div> </div>	<div> <div>05/03/2020</div> <div>500,00</div> </div>

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	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <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			
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>B</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession</div> </div>			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

الدكتور محمد ميكو  
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

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

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 الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

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

9070  
- Cationorm  
1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 mois

ZENITH Pharma  
AMM N°218/16 DMF/21/IN/Q  
PPV : 24,60 DH

PPC 148,00 DH

Opatanol®

1 mg/mL, collyre en solution

Lot:

Exp:

9 0 N B 1 6

0 4 2 0 2 2

LOT

S1476

الم

2019-20

Q

2022-10





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, 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 Gule, Rue Dinant  
N° 5, Immeuble 5, Casablanca  
Tél: 05 22 24 73 11

Dr. Mohammed Mikou  
Ophtalmologiste  
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





# 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 KHOUNSSI AMAL.....

MUTUEL MUPRAS.....

DESIGNATION		MONTANT
2 Verres Organiques Blanc		
Antireflet pour Vision de Pres		500 DH
OD	+2.00 ADD	
OG	+2.00 ADD	

TOTAL	500 DH
-------	--------

Cinq Cent Dirhams TTC +

SIGNATURE ET CACHET

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

ICE: 000510585000039