

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-609650

63133

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4720 Société : RAV

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : BELOUCH Mohamed

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 10 Rue EL Farabi Hay Yasmine Berrechid

Tél. : 0663182994 Total des frais engagés : 0,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHERIHI HASSEN  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47

5 MARS 2021

Date de consultation : 04 MAR 2021

Nom et prénom du malade : BELOUCH Mohamed Age : 70

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Glaucome

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 : Le : 15 / 03 / 2021

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
04/03/21	5		300,00	INP : 061240754 Dr. Soumaya CHEDIN HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Othmanou Nafli Berrechid Tél. 0522 32 48 47

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 7 RUE IBNOU NAFIS Hay Yasmine Berrechid Tél. 05 22 53 31 83 PHARMACIE YASMINA 7 RUE IBNOU NAFIS Hay Yasmine Berrechid Tél. 05 22 53 31 83	04/03/21	1016,00 60,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

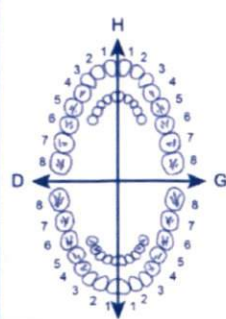
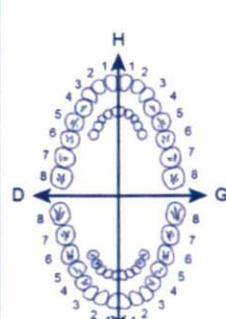
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIDINE Karim Eddine Adil Opticien - Optométriste 5, Lot 1561, Bd Hassan II, Berrechid Tél. 022 53 32 01 - Fax 022 53 32 02	13/03/21					2400,00

# 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 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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(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

Dr. Soumaya Chebihi Fassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47

الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف: 05 22 32 48 47



LOT/EXP.:

CW4840  
Y45043  
05/2022  
PPV 127DH00

Berrechid, le

04/03/2021

Mr. BELOUCH Mohamed

127,00 x 8

XALATAN: COLLYRE



1 goutte le soir, les deux yeux (08 flacons, 8 mois)

LOT/EXP.:

CW4840  
Y45043  
05/2022  
PPV 127DH00

1016,00

**Xalatan**<sup>TM</sup>  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 127DH00

LOT/EXP.:

CW4834  
Y45039  
04/2022  
PPV 127DH00

**Xalatan**<sup>TM</sup>  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 127DH00

Flacon  
de 2.5 ml

LOT/EXP.:

DJ8915  
DJ3325  
12/2022  
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4840  
Y45043  
05/2022  
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

DD8167  
CN8682  
07/2022  
PPV 127DH00

Dr. Soumaya CHEBIHI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibn Nafii  
Tél 0522 32 48 47



Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي سمى سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

04/03/2021

Mr. BELOUCH Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL :

OD = + 1.25 (- 0.75 à 75°)

OG = + 1.75 (- 0.75 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

60,00

OXYAL: COLLYRE

1 goutte 3 fois/ jour, les deux yeux

60,00

**OPTIDINE**  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien - Optométriste  
5, Lot Issal, Bd Hassan II - Br. rechid  
Tél. 022 53 32 61 - Fax. 022 32 77 77

PHARMACIE YASMINA  
77 RUE IBRAHIM NAFI  
Berrechid  
Tél. 05 22 32 48 47

**RIMA**  
**PHARMA**  
P.V.C  
60 00 DH

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 05 22 32 48 47

# OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 13/03/2021

Client	MR BELLOUCH MOHAMED
--------	---------------------

**FACTURE N°430/2021**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	600,00	600,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	900,00	1 800,00
			<b>2 400,00</b>

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE QUATRE CENT DIRHAMS**

