

# 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.

## Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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 12 mois.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-661150

89232

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : .....

Matricule : 7279 Société : RAM

☐ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : Mounir HASSAN

Nom & Prénom : Mounir HASSAN


Date de naissance : 20/12/1982

Adresse : .....

Tél. : 06 66 764737 Total des frais engagés : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : .....

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-457917

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7273 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUZZIL HASSAN  
 Date de naissance : 25/12/1963  
 Adresse : SALMA 2 RUE M J 25 AP 06 Casablanca  
 Tél. : 0666264930 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 28/10/2024  
 Nom et prénom du malade : NOUR Bouchra Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affection dentaire  
 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 : 25/10/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/07/2021      | Prothèse complète | 300                   | 1000                            | INP : 095008383  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| OPTIQUE AL HIKMA<br>Av. Oud Eddahab, Jamila<br>Casablanca<br>Tél: 05 22 56 33 33 | 03/08/2021 | 2000,00 DH            |
|  | 30/07/2021 | 3500,00 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 | 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 :

Veillez 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           |  |                  |             | 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

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

Chirurgie des voies lacrymales

جراحة مسالك الدموع

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

الليزر متعدد الإشعاع

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 28/07/2021

MOURFIK Bouchra

51,60

- Bropdex collyre

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

84,00

- NAABAK 10ml COLLYRE (N-acétylaspartylglu

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

135,60

PHARMACEUTIQUE MIKOU  
Distributeur exclusif pour le Maroc  
et l'Algérie  
41, rue Mohamed Diouri  
Casablanca - Tél: 05 22 86 28 48 - Fax: 05 22 86 28 48  
E-mail: dr.mohammed.mikou@gmail.com

DR MOHAMMED MIKOU  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. Abdelmoumen et  
Rue Mohamed Diouri - 41  
Casablanca - Tél: 05 22 86 28 48  
Fax: 05 22 86 28 48  
E-mail: dr.mohammed.mikou@gmail.com

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

PPV : 51,60 Dhs

Bropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone  
Flacon de 10 ml





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

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللايزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

Chirurgie des voies lacrymales

جراحة مسالك الدموع

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

اللايزر متعدد الإشعاع

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 28.07.2021

**FACTURE**

Reçu de

Mr / Mme / Melle

Mr. K. Bouclim

La somme de :

1000 DH (mille Dirhams)

Dhs

Pour :

Topographie visuelle

**Cachet et Signature**

DR. MOHAMMED MIKOU  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd. Abdelmoumen, 2<sup>ème</sup> étage N° 18  
AL MIARAJ Center  
Tél : 05 22 86 28 20 - Fax : 05 22 86 28 48 - GSM : 06 61 09 57 50  
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com



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 الجلالة باللايزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

اللايزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,

2021

Dr. Mohammed Mikou

CR 13 p. 1/1

Keratometrie

opt Ks = 43,60  
Kf = 42,33

60° Ks = 43,73D  
Kf = 42,63D

prochymetrie 174 μm opt  
172 μm 60°

pas de Keratome sur

# 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 باللايزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

اللايزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, .....28/07/2021.....

**MOURFIK Bouchra**

Oeil Droit : (135° -1,00) -1 75

Oeil Gauche : (5° -0,75) -2,75

**VERRES BLANCS ANTIREFLETS**

**OPTIQUE AL HIKMA**  
250, Av. Oual Eddahab, Jamila 7  
Casablanca  
Tél: 05 22 56 33 33

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



Le 03/08/2021

Client: MOURFIK

BOUCHRA

|             | SPHERE | CYL.  | AXE | Add |
|-------------|--------|-------|-----|-----|
| OEIL DROIT  | -1.75  | -1.00 | 135 |     |
| OEIL GAUCHE | -2.75  | -0.75 | 5   |     |

Monture: optique

Verres: ORGANIQUE 1.5 NATURAL  
10

Montant:

|             |        |
|-------------|--------|
| OEIL DROIT  | 600,00 |
| OEIL GAUCHE | 600,00 |
| MONTURE     | 800,00 |

PRIX T.T.C

2 000,00

PRIX H.T

1 666,67

TVA

333,33

Arreté la présente facture à la somme de:

DEUX MILLE DIRHAMS

**OPTIQUE AL HIKMA**  
250, Av. Oued Eddahab, Jamila 7  
Casablanca  
Tél: 05 22 56 33 33

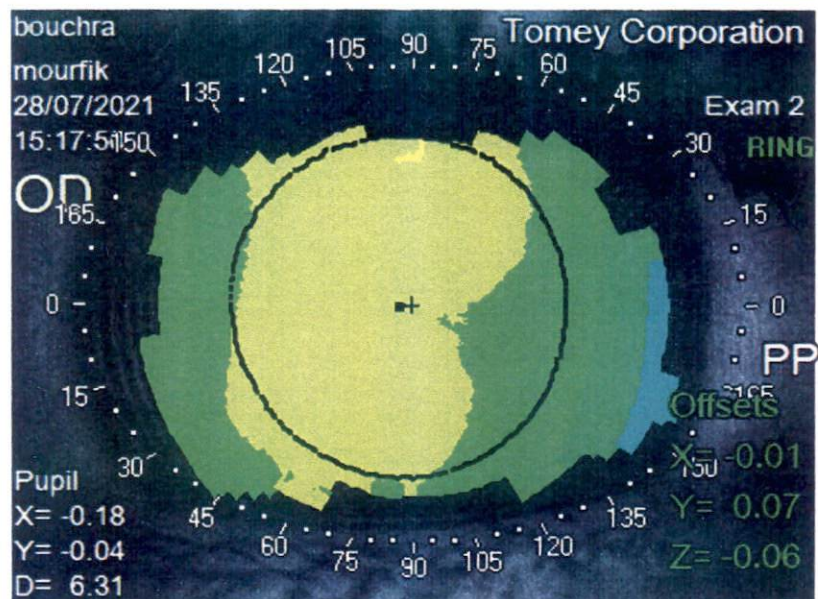
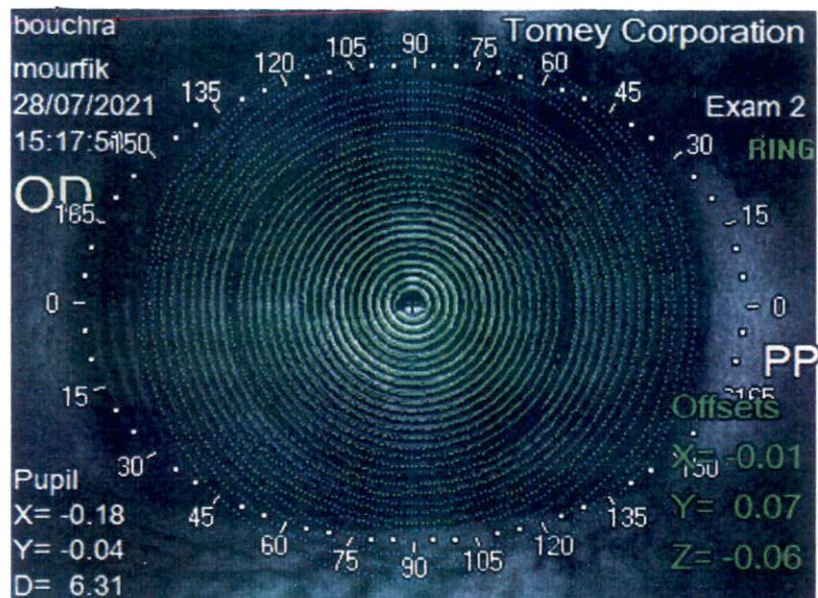
**OPTIQUE AL HIKMA**  
250, Av. Oued Eddahab, Jamila 7  
Casablanca  
Tél: 05 22 56 33 33

OPTIQUE AL HIKMA 250, AV OUED EDDAHAB, JAMILA 7 CASABLANCA

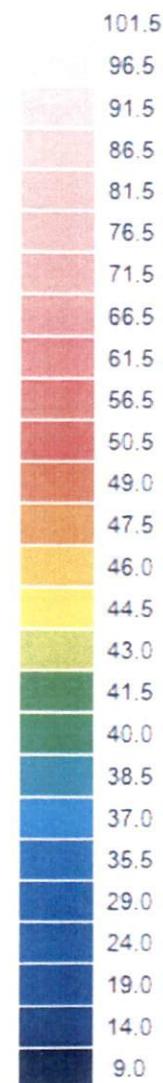
TEL: 05 22 56 33 33

ICE: 002052642000004 - RC: 403669 - Patente: 37977058 - IF: 25259489 - CNSS: 5693925





Axial



Drop

Absolute

## Keratoconus Screening

Klyce/Maeda

Smolek/Klyce

KCI

KSI

0.0% Similarity

0.0% Severity

Keratoconus  
Pattern not  
Detected

Keratoconus  
Pattern not  
Detected

## Related Indices

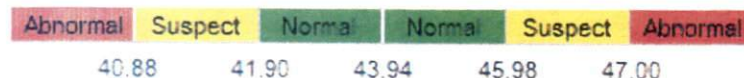
SK1: 43.50 SK2: 42.33 CYL: 1.17

SAI: 0.21 DSI: 3.26 SRI: 0.06

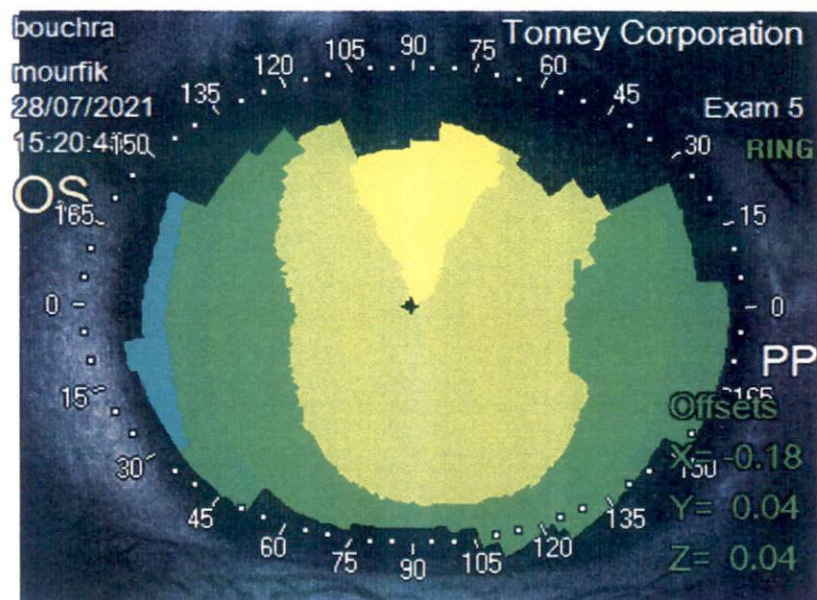
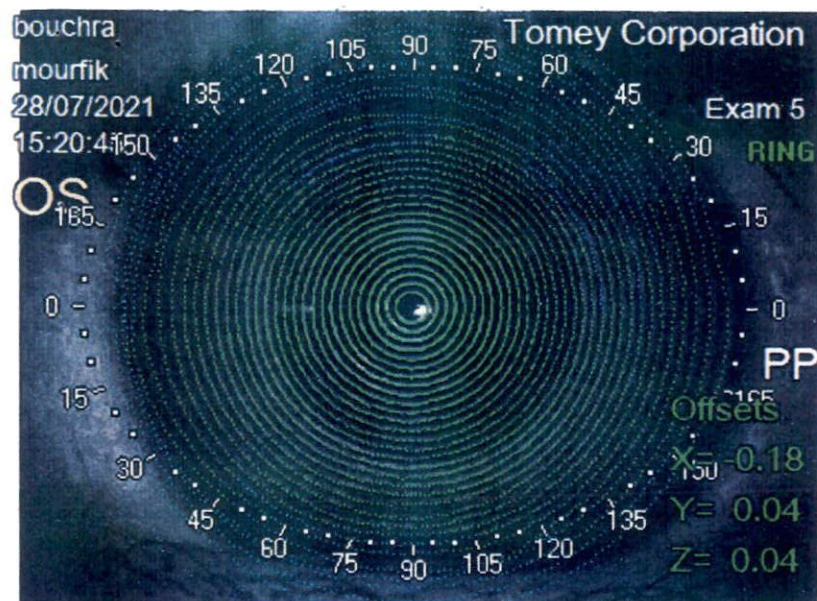
OSI: 0.78 CSI: 0.22 SDP: 0.82

IAI: 0.31 KPI: 0.19 AA: 79.52%

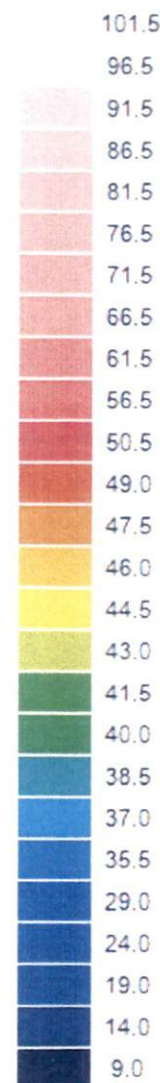
SK1: 43.50@75°







Axial



Diopt

Absolute

## Keratoconus Screening

Klyce/Maeda

Smolek/Klyce

KCI

KSI

0.0% Similarity

0.0% Severity

Keratoconus

Keratoconus

Pattern not

Pattern not

Detected

Detected

## Related Indices

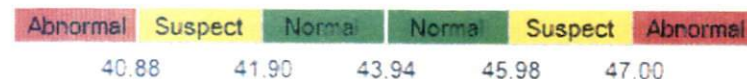
SK1: 43.73 SK2: 42.69 CYL: 1.05

SAI: 0.48 DSI: 3.50 SRI: 0.06

OSI: 1.41 CSI: 0.18 SDP: 0.83

IAI: 0.38 KPI: 0.20 AA: 81.10%

SK1: 43.73@104°



TOMEY

Ver.7M.1



Name: bouchra

ID: mourfik

Date 2021/07/28

Time 15 17 51

OD (Right)

### Keratometric

Ks: 43.50 @ 75°  
Kf: 42.33 @ 165°  
MinK: 42.33 @ 172°  
AvgK: 42.92  
CYL: 1.17

### Posterior

Ks: -6.09 @ 73°  
Kf: -5.90 @ 163°  
AvgK: -6.00  
CYL: 0.19

### Pachymetry

Apex: 560 um  
X: 0.0 mm  
Y: 0.0 mm  
Thinnest: 554 um  
X: -0.7 mm  
Y: -0.6 mm

### Axial Length

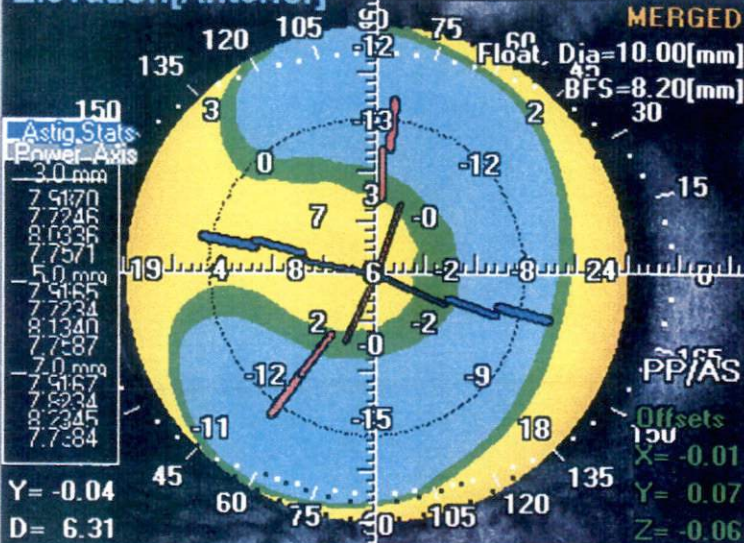
OptLength  
OD - OS -  
(-)  
OD - OS -

OKULIX

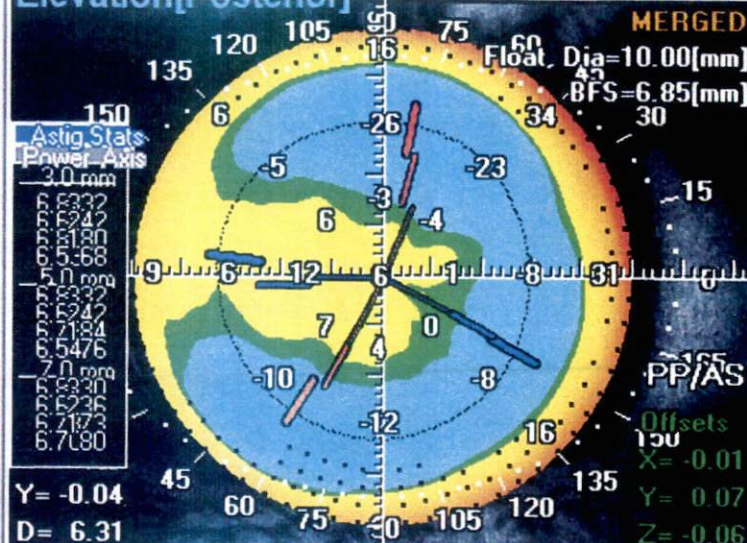


Ver. 7/M.1

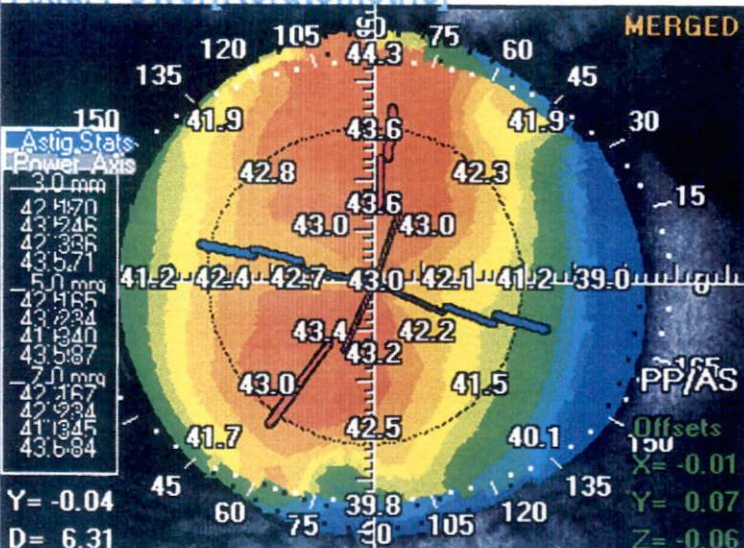
### Elevation[Anterior]



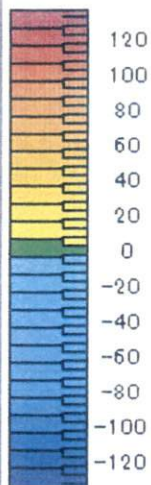
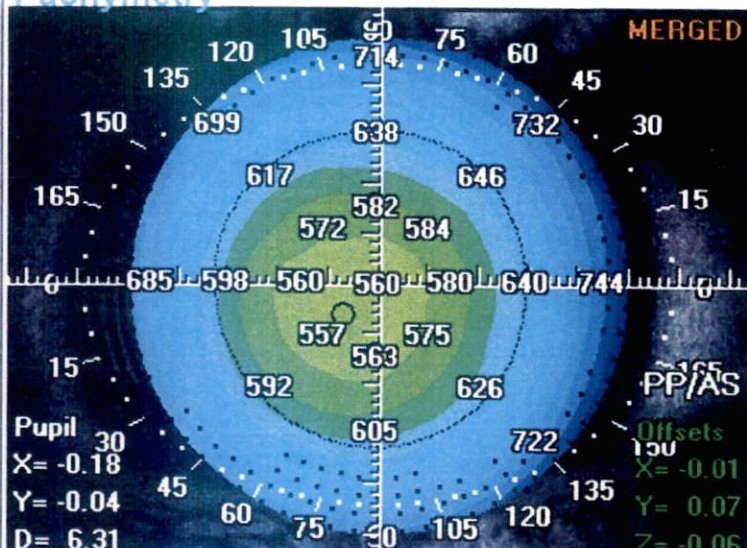
### Elevation[Posterior]



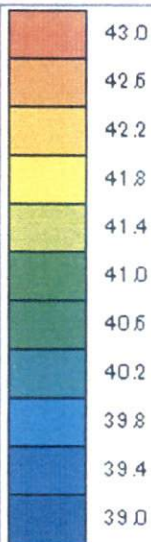
### Axial Power[Keratometric]



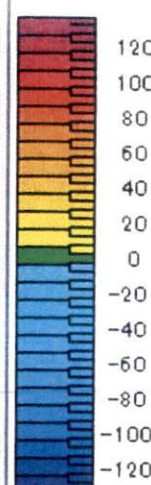
### Pachymetry



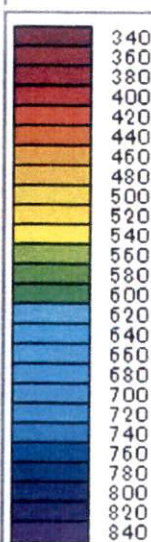
5.0um step  
um



Normalized  
Drop



5.0um step  
um



Convention  
um



Name: bouchra

ID: mourfik

Date 2021/07/28

Time 15:20:45

OS (Left)

### Keratometric

Ks: 43.73 @ 104°  
Kf: 42.69 @ 14°  
MinK: 42.54 @ 177°  
AvgK: 43.21  
CYL: 1.05

### Posterior

Ks: -6.08 @ 79°  
Kf: -5.85 @ 169°  
AvgK: -5.96  
CYL: 0.23

### Pachymetry

Apex: 552 um  
X: 0.0 mm  
Y: 0.0 mm  
Thinnest: 542 um  
X: 0.8 mm  
Y: -0.8 mm

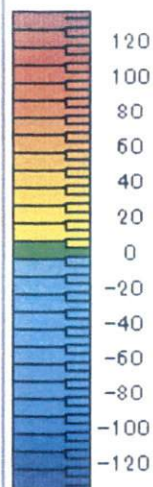
### Axial Length

OptLength  
OD - OS -  
(-)  
OD - OS -

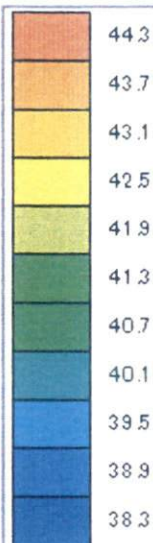
OKULIX



Ver.7M.1

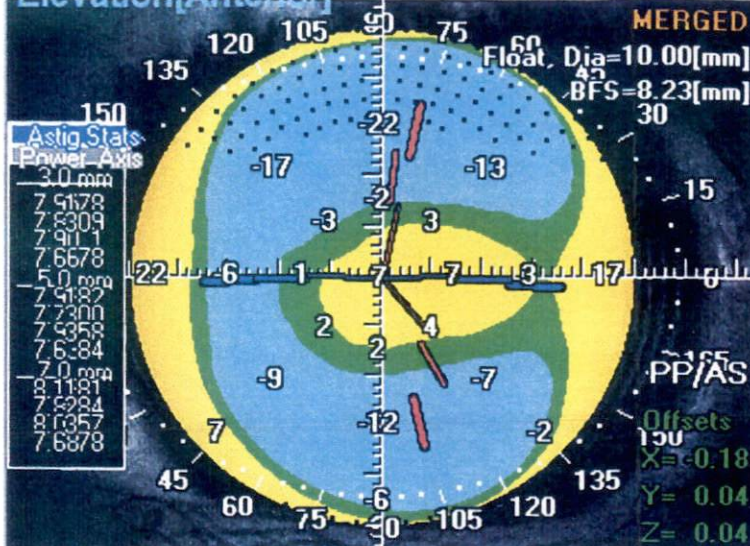


5.0um step  
um

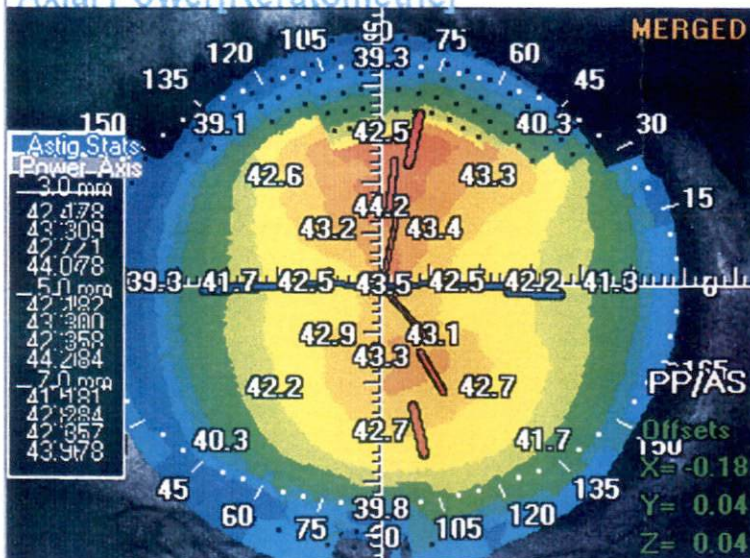


Normalized  
Drop

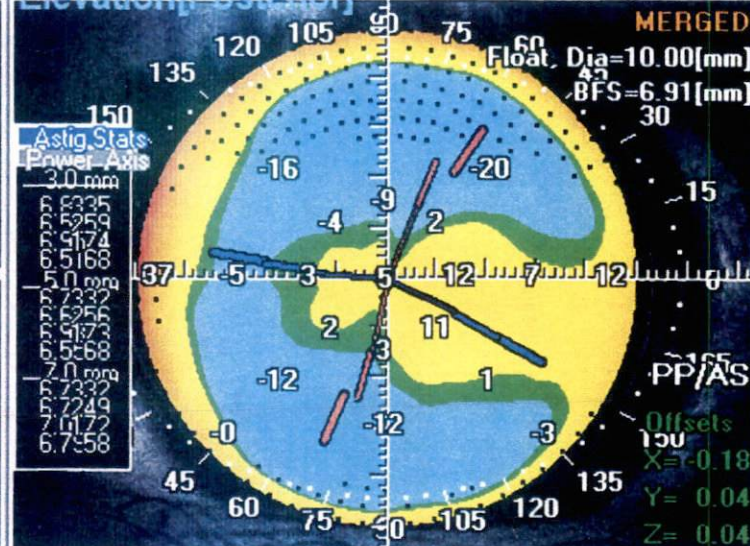
### Elevation[Anterior]



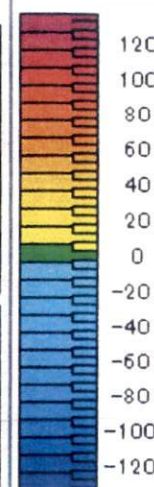
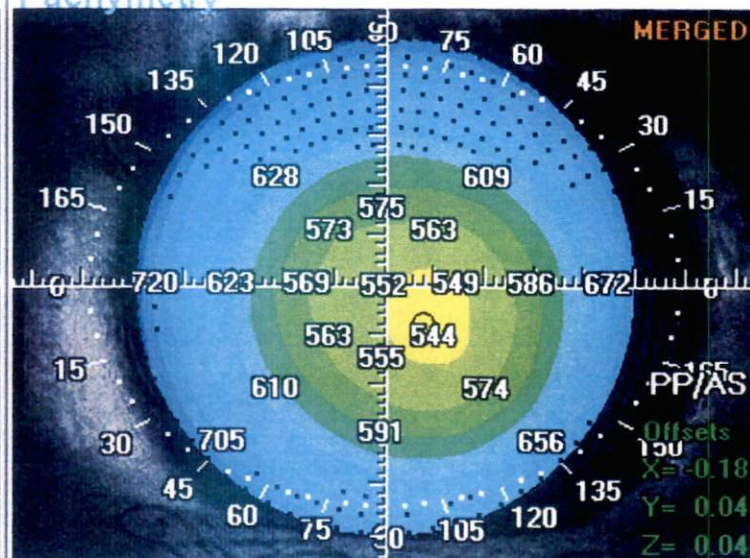
### Axial Power[Keratometric]



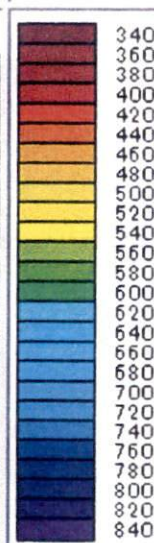
### Elevation[Posterior]



### Pachymetry



5.0um step  
um



Convention  
um