

## 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.

### Diagnostic 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](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)

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

93976

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0000822

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11454 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Babahcen Allal Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0926 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 04/11/2021

Nom et prénom du malade : BABAHCEEN Allal 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 : ..... Le : ...../...../.....

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
04/11/21	21 2		3007	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

KERATOPTIQUE

303, Boulevard Zouhdi Casablanca

23/11/21

04/11/2021

4509  
181.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

04/11/21

181.60

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

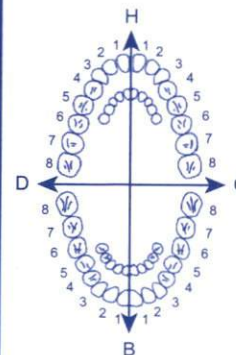
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



# مركز الأمراض وجراحة العيون

**Docteur Mohammed Mikou**  
**Ophthalmologiste**

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'Ophthalmologie

**الدكتور محمد ميكو**

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

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, 04/11/2

BABALAHCEN Allal

139,00

- HyFresh collyre solution stérile

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

51,60

- Bropdex collyre

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

181,60

PHARMACY EL WIFAK  
Lot 100 Rue 65  
El Oudja - Casablanca  
Tél: 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 50

PHARMACY EL WIFAK  
Lot 100 Rue 65  
El Oudja - Casablanca  
Tél: 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 50







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, .....04/11/2021.....

BABALAHCEN Allal

Oeil Droit : -0,25 , Addition + 2,00

Oeil Gauche : (75° -0,25) -0,75 , Addition + 2,00

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

KERATOPTIQUE  
303, Boulevard Zirac  
Casablanca  
Tél. 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 48 - GSM (en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50  
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com

Dr. Mohammed Mikou  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. Abdelmoumen, 2<sup>ème</sup> étage N° 18  
Tél. 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 48 - GSM (en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50  
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com

# KERATOPTIQUE

## OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40  
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745  
CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077  
INPE : 0095001855

### FACTURE N° 0010574

M N. BABACAHSEN. ALLAL 23111/2

Vision de loin		Vision de près	
OD:Cyl	Sph	OD:Cyl	Sph
OG:Cyl	Sph	OG:Cyl	Sph

### Double Foyer

OD:Cyl	Sph	ADD
OG:Cyl	Sph	ADD

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>monture optig</i>	1000,-
2	VERRE <i>progressif 1.5</i> <i>organique 1.16</i> <i>A. Yeflet Nikon</i>	3500,-

Montant en Lettres : <i>Quatre mille cinq cents dh</i>	TOTAL	4500,-
--	-------	--------

Cachet, Signature



*BUCI HEC*  
*1043714*

**KERATOPTIQUE**  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca  
Tél: 0522.49.27.39 Fax: 0522.49.27.40