

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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° M21- 0054973

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1355 Société : RAM 94530

☐ Actif ☒ Pensionné(e) Retraité ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOU-MIA EL HABIB

Date de naissance : 25-12-1950

Adresse : LOT ANNA 2 N°18 Sidi MAROUF CASABLANCA

Tél. : 0668876478 Total des frais engagés : 3025,50 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : THAILI-NAGAT Age: / /

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

Nature de la maladie : AFFECTION LONGUE DUREE

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 : Casa Le : 17 OCT. 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03 OCT. 2021 | C2 | 1 | 3000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AMINE SARL Leila EL KOUHENE Lotissement Amine, N° 1 Sidi Maârouf - Casablanca Tél. : 0522 97 25 85 | 12/10/21 | 225.50 |

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 | |
| 2500,00 | 12/10/21 | | | | | |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef BELAHMER

OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف بلحمر
طب العيون

Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux
CATARACTE : Chirurgie par PHACOEMULSIFICATION
MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER
LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2^e Etage
Casablanca - Tél : 05 22 58 30 73 / 0700 756 754 - Urgences : 0661 32 90 66

E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلابة بالفاكو. الأشعة فوق الصوتية.
جراحة قصر البصر. العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك.
طب الحول. عدسة الإتصال. الليزر. راديو الشبكة

136, إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سدي معروف - أولاد حدو - لطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 0661 32 90 66 / 0700 756 754 - الحالات المستعجلة : 0522 58 30 73

البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

Casablanca, le : 12 OCT. 2021 : الدار البيضاء في :

THAILI NATAT

57,90

Allergo

PHARMACIE AMINE SARL
Leïla EL KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 25 85

100,00

Dantrolin

48,00

Loc

3,1

T=

Bolima ne q. 1 g cp Eff
 15.80 Δ cp x 21



Nit C

Δ cp 1/1

PHARMACIE AMINE SARL
 Leila EL KOUHENE
 Onissement Amine, N° 65
 Sid Maârouf - Casablanca
 Tél.: 0522 97 25 85

T = 22550

BY JOMSEF BELAMMER
 OPTALMOLOGISTE
 126, rue Feytaud, 33073 Bordeaux
 Tél: 0533 22 38 30 73 (0533 22 90 65)

14160
 PPV 140160
 PER 08/24
 LOT K2279
 S 2

Steripharma
 PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°
 07/2023
 299304

PPC 105,00 DH

5 ml

ORIGMED

LOC Tears
 Eye Drops

Composition:
 Chaque ml contient:
 Carbonate de Sodium BP 5 mg
 Stabilisat Oxythion Complexe 0,1 mg
 Véhicule Aqueux Tampone q.s.

Autres ingrédients:
 Glycérine, Erythrol, Levocarnitine, Gomme Xanthane,
 Acide Borique, Chlorure de Calcium,
 Borate de Sodium, Deca Hydrate (Borax)
 et Citrate de Sodium Di Hydrate.

LOC Tears est une solution lubrifiante oculaire,
 intensive, à double action. Il s'agit d'une solution
 cosmétique contenant un mélange novateur de
 lubrifiants oculaires naturels, scientifiquement
 conçu pour lutter contre la sensation des
 sécheresses oculaires, de l'inconfort et de l'iritation
 des yeux causés par des facteurs externes suite à
 une exposition prolongée devant l'écran d'un
 ordinateur ou de télévision, la climatisation, la
 pollution, la fumée, les rayons solaires
 et d'autres facteurs non pathologiques.

TENIR HORS DE VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS

Maintenir la solution à une température ambiante
 et éviter toute exposition directe au soleil.

STERILE

PPC 48,00 DH

EC REP

Kunze Indopharm BV,
 Koningin Emmakade 171,
 2518NH Den Haag, Netherlands

Endo Research Cell UK Ltd
 15 Tottenham Lane, Edmond N8 9DU, UK
 Tel: 0203 2511111 / info@endotharm.com
 Web: www.endotharm.com

See Package insert
 for more information.

GB FR AR

CE 0068

Docteur Youssef BELAHMER

OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف بلحمر
طب العيون

Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux
CATARACTE : Chirurgie par PHACOEMULSIFICATION
MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER
LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2^e Etage
Casablanca - Tél : 05 22 58 30 73 / 0700 756 754 - Urgences : 0661 32 90 66

E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلابة بالفاكو. الأشعة فوق الصوتية.
جراحة قصر البصر. العلاج بالليزر إكسيمير و اللازيك.
طب الحول. عدسة الإتصال. الليزر. راديو الشبكة

136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدي معروف - أولاد حدو - لطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 0661 32 90 66 / 0700 756 754 - الحالات المستعجلة : 0522 58 30 73

البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

Casablanca, le : 22 OCT. 2021

THAILI NA SAT

OPTIC SIDI MAÂROUJ
Opticien Optométriste
Hay Najah Bloc I N°4
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 58 19 18

OD: + 5,50 / - 0,75 à 110°

OG: + 5 / - 1 à 80°
antireflectif

ODG: + 2,50 / Ad 1/
2 paires séparées



نظارات سيدي معروف Optic Sidi Maârouf

Facture N° 0 8686

Date : 12/10/21

Client : THAILI NAFAT

Mode de Règlement : espèce

| Quantité | Désignation | P.U. | P. TOTAL |
|-----------------|------------------------------|--------|----------|
| 01 | monture « VL » | 600,00 | 600,00 |
| 02 | les verres faibles B.N. N | 200,00 | 200,00 |
| | 02 : +5,50 (- 07 (à 110°) | 400,00 | 400,00 |
| | 06 : +5 (- 10 à 80°) | 400,00 | 400,00 |
| 01 | monture « VP » | 500,00 | 500,00 |
| 02 | les verres faibles B.N. C | 300,00 | 300,00 |
| | 02 : +8,0 (- 07 (à 110°) | 300,00 | 300,00 |
| | 06 : +7,50 (- 10 à 80°) | 300,00 | 300,00 |
| TOTAL TTC | | | 2500,00 |
| Dont T.V.A. 20% | | | |

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Deux

mille cinq cents Mds.