

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 Abdallah - 6ème Etage Angic Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - 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° W21-680830

103428

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

AMELLAH

JILALI

Date de naissance :

11/11/1964

Adresse :

233 Lot Laimoun Casa

Tél :

06133 9830

Total des frais engagés :

5430,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Rada MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
8, Avenue Stendhal - Casablanca, SC
Tél : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : rmikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation :

26/01/2022

Nom et prénom du malade :

AMELLAH JILALI

Age :

58 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection cataractaire

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 :

11 / 2 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
26/01/2022	C S		309,00	Dr F. Mikou Chirurgien Ophtholmiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca Tél : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : f.mikou@cliniquestendhal.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/2022	150,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

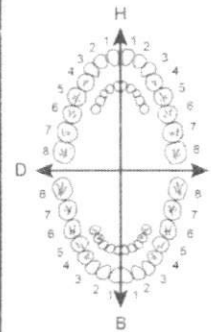
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/01/22	Angiographie	10000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

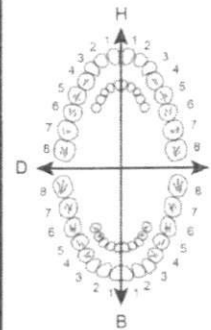
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03.02.2022					3980,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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



PT200127100859

26 janvier 2022

Mr. AMELLAH Jilali

150.00

HYLOCOMOD: COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

150.00



Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél: (+212) 0522 47 15 94
E-mail: mikou@cliniquestendhal.com

Compte rendu Angiographie rétinienne

Mr. AMELLAH Jilali
58 ans

• OD :

- **Rétinographie couleur** : Vaisseaux de calibre et de taille normale. Absence de signes visibles de RD. Macula et papille normales.
- **Séquence angiographique** : ZAC conservée. Rétine périphérique bien perfusée. Absence de diffusion papillaire.

• OG :

- **Rétinographie couleur** : Vaisseaux de calibre et de taille normal. Absence de signes visibles de RD. Macula et papille normales.
- **Séquence angiographique** : ZAC conservée. Rétine périphérique bien perfusée. Absence de diffusion papillaire.

DR MIKOU REDA





PT200127100859

26 janvier 2022

Mr. AMELLAH Jilali

ANGIOGRAPHIE A LA FLUORESCINE

Dr Rada MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



PT200127100859

26 janvier 2022

Mr. AMELLAH Jilali

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = +2.00 (-0.75 à 63)

OG = +2.25 (-0.25 à 119)

VP : ODG = Add : +2.25

ESPACE VISION
Loubna EL OUAZZANI
Opticienne Optométriste
N° 6 Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél. : 05 22 99 04 77 - IF 42205890
CNSS : 200537 - 102 - 00176035800028

Dr Rada Mikou
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



Espace Vision

Loubna El Quazzani
Opticienne Optométriste
Diplômée de L'IORT

N° 6 Centre commercial Nadia
Route El Jadida - Casablanca 01
Tél.: 05 22 99 04 77

R.C.: 253034 - Patente: 34733014 - CNSS: 2582337
I.F.: 42205890 - I.C.E.: 001769358000028- Inpe: 095001426

N° 004480

Casablanca, le 03.02.2022

M. me AMELLAH

jilali

Ordonnance de Mr. le Docteur : Tikou Reda

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	O. D. = $(63 - 0.75) + 2.00$ O. G. = $(119 - 0.25) + 2.25$
O. D. = D. F. O. G. =	O. D. = $+ 2.25$ O. G. = $+ 2.25$

FOURNITURES:

Montures: 1

Verres: 2 verres progressifs Organiques
minués 1.6 Anti-reflets bleu
précats.

TOTAL

780,00

1600,00

1600,00

3980,00

La présente facture arrêtée à la somme DH

Trois mille neuf cent quatre vingt
dh

ESPACE VISION
Loubna EL QUAZZANI
Opticienne Optométriste
N° 6 Centre commercial Nadia Imm. III
Tél.: 05 22 99 04 77 - I.F.: 42205890
CNSS: 001769358000028

F A C T U R E

N° 560 / 2022 du 27/01/2022

Nom patient	AMELLAH JILALI	Entrée 27/01/2022	Sortie 27/01/2022
Prise en charge	PAYANT		

ANGIOGRAPHIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIOGRAPHIE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

	Total général	1 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00


 CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal, SC
 Casablanca
 Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

