

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-688408

108928



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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1679	Société :	Royal air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AKKAZENE Nohame
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 21.01.1954			
Adresse : lotissement Zahra - Rue 8 n° 1 Aïn Chok - Casablanca.			
Tél. : 066 716 4605	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">           CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN            27 MAR. 2022            ACCUEIL         </div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin-left: 10px;"></div>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casq Le : 21/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr MOUSSA 400, Bd El Hedi Tél: 0322 25 00 00 CASABLANCA	03 Mars 2002	K40	1000/00 Dhs

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
	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"/>																
	<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></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																
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Mouhssine D'KHISSY**  
Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladies et chirurgie des yeux  
Echographie – Angiographie – Laser



**الدكتور الدخسي محسن**  
**طب العيون**

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le .....

03 MARS 2022

## NOTE D HONORAIRE

NOM PRENOM : Mr. AKKAZENE MOHAMED

ACTE : K40

MONTANT : 1000.00DHS (MILLE DHS)

100, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522 25 48 88  
Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophtalmologiste

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



الدكتورة حنان مزوز

(مسؤولة في مركز وجراحة العيون)

دبلوم وجراحة الجلاة والليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو

العدسات الصلبة واللينة

جراحة مجاري الدم

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le vendredi 25 février 2022

Monsieur AKKAZENE Mohamed

Correspondant : Dr Mohassine Dkhissy  
400 Brahim Roudani

Cher confrère ,

Prière de réaliser une UBM ODG à Mr AKKAZENE Mohamed ,

Cordialement ,

Dr HANANE MAZZOUZ  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bd Al Qods - Casablanca  
Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88



511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

**Ophthalmologiste**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Formation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladie et chirurgie des yeux  
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser

**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le ..... 03 MARS 2022

Nom : AKKAZENE  
Prénom : MOHAMED  
Médecin traitant : DR MAZZOUZ HANANE

**RENSEIGNEMENT CLINIQUE :**

**COMPTE RENDU UBM / EXAMEN REALISE EN AMBIANCE SCOTOPIQUE**

**Oeil Droit :**

**SONDE 50 MHZ**

Profondeur de chambre antérieure centrale = 2.80 mm  
Flèche cristalinienne : 310 microns  
Angle irido cornéen ETROIT non occludable sur tous les quadrants  
Absence de configuration d'iris plateau

**Oeil Gauche :**

**SONDE 50 MHZ**

Profondeur de chambre antérieure centrale = 2.62 mm  
Flèche cristalinienne : 460 microns  
Angle irido cornéen ETROIT non occludable sur tous les quadrants  
Absence de configuration d'iris plateau

Dr Mouhssine DIBISSY  
400, Bd Brahim Roudani, 2<sup>e</sup> Etage  
Tél: 0522.25.48.88 / Fax: 0522.25.70.88  
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88  
0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف : 400