

## 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

- 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° W19-460148

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BALMANE Mohamed

Date de naissance : 01.01.1941

Adresse : Cité Djémâa Jamila 7 Rue 19 N° 15 Casablanca

Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 1253,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHABBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, Boulevard panoramique californie,  
Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

Date de consultation : 05/08/2022

Nom et prénom du malade : EL HADJ HADIRA Age : 81

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

Nature de la maladie : Affection longue durée (ALD) Dégénération

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 : 05/08/2022

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
05.08.2022	480		1200,00	INP: 05 10 39 719 Casablanca - Maroc Tél: 05 22 86 46 18 Fax: 05 22 86 60 00
	1 Seance avec infirmos			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05 /09 2022	58,00

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

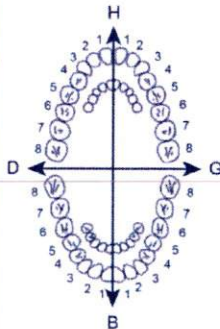
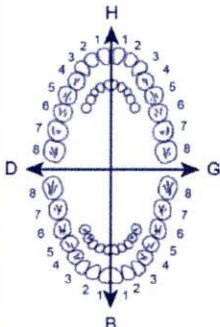
[illegible]

# 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            0000000            0000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            0000000            0000000            11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nvane

ORDONNANCE

Casablanca le 21/07/2022

M. ELHAMDOU HABIBA  
Retinopathie Diabétique  
2 séances de lasers

(OG)

Dr. Ophélie M. Hamdou, ophtalmologue, Californie,  
544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862  
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901  
Tel.: 05 22 29 66 00 - 05 22 29 66 21  
Fax: 05 22 29 66 00





ORDONNANCE

Casablanca le ..... 05/08/2022 .....

M: EL HAMDOU HARBIBA

58,00  
Indo colla 06  
29 3/7 17

PHARMACIE DOUNIA  
M. EL HADJ NOUFISSA  
JAMILA 510011511100 BIS CASA  
PAT: 37417809 - TEL: 05 22 37 14 41  
ICE: 001534607000034

Dr. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, Boulevard panoramique californie,  
Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
FAX: 05 22 86 46 21



INDOCOLLYRE 0,1%	<input type="radio"/> LOT/ عيار	H7555
Collyre 5ml	FAB/ تاريخ الانتاج	09-2021
ZENITH PHARMA	EXP/ تاريخ الانتهاء	02-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM		
6178001270088	PPV: 58,00 DHS	



Casablanca le .....

05/08/2022

## COMPTE RENDU

Nom et Prénom : **EL HAMDOUN HABIBA**  
Date D'Acte : **05/08/2022**  
Médecin traitant : **Dr CHAHBI**  
Acte : **Séance de laser œil Gauche**

- Retinopathie Diabetique
- Nécessitant une panphotocoagulation rétinien
- 1 Séance de laser Pascal OG
- 1000 Impacts
- Puissance 400
- Intervalle 0.10

**Dr. CHAHBI Mohammed**  
Ophthalmologiste  
544, Boulevard Panoramique, Californie, Maroc  
Tel : 05 22 86 66 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 09 - 05 22 50 15 15  
FAX 05 22 86 46 21





**NOTE D'HONORAIRES**

Casablanca le 05/08/2022

**Dr. CHAHBI Mohammed**

Ophthalmologiste

544, Boulevard panoramique californie,

Casablanca - Maroc

le Docteur.....

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

CS : 05 22 50 15 15

FAX : 05 22 86 46 21

M. EL HAMDOU HABIBA

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

K80

Seonca lafir  
05

Soit la somme de #1200,-

o mille deux cents DHS

Dhs

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**

544, Boulevard panoramique, californie,

Casablanca. maroc

Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

Fax.: 05 22 86 46 21

Cachet et signature

