

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° W21-686090

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8301 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HRAICHE MOHAMED

Date de naissance : 09.09.67

Adresse : RES. SIHAM 39 RUE IBRAHIMABBOUS 3^{ème} ET APPT. 13

MAARIF CASABLANCA

Tél. : 0667818032 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/06/2022

Nom et prénom du malade : KHALIL Mafaa 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 : CASABLANCA Le : 03/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03/06/2022	15		3.007	INP : 09166539

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
El Mansour Tél: 0522 250074 0522 993986 PHARMACIE NARISS	03/06/2022	37460

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	06					35.000
	07					
	22					

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 de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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
و جراحة العيون

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 الجلاز
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيب
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 09/06/2022

KHALIL Wafaa



147,50 X2
29400
2060
800
131 Bd Yacoub
EIMAN
CASABLANCA
74/0532
9339860
EIMAN
CASABLANCA
74/0532

1 - Héalo 3% collyre

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

2 - FLUCON COLLYRE (Fluorométholone) fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 12 jours

3 - INDOCOLLYRE (fl) 0.1 % (Indométacine)

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours



6 118001 070244
Flucol collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406R65



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

Date de première ouverture

STERILE A



25°C

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عيار H7555
FAB/التاريخ 09-2021
EXP/تاريخ الانتهاء 02-2022



6118001270088 PPV : 58,00 DHS

06 61 63 37 36

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

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 باللايزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
اللايزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 03/06/2022

KHALIL Wafaa

Oeil Droit : $(105^\circ -0,75) + 1,50$ Addition + 2 25

Oeil Gauche : $(65^\circ -0,75) + 1,50$ Addition + 2 25

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

OPTIQUE MAZOLA
N°90 Résidence Hassan Rue 41 Casablanca
Hay Hassan - Casablanca
Tél: 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48

DR. MOHAMMED MIKOU
Ophtalmologiste
Angle Bd. Abdelmoumen, 2^{ème} étage N° 18
Zaouia Anoual - Casablanca
Tél: 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48



Hay Hassani Casablana

Tél : 05 22 90 12 03 - 05 40 08 81 79

NP : 35083127 / NRC : C1107

Casa, le 06/07/2022

Doit

Montures: Monture de lunettes

150000

Type de Verres: Progressif Organique Antirefles

O.D: $+1.50 (-0.75, 1.05)$

100000

V.L.:

O.G: 1, 50/-0.75, 65

1000000

O.D.:

V.P:

O.G:

Add.: + 2.25

Total :

OPTIQUE MAZOLA

OPTIQUE
N°30 Résidence Hassoun Rue 4 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tel.: 05 22.90.12.03

3500014

Arrêtée la présente facture à la somme de
Casablanca, le:

M. ou Mme: