

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 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 ALIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000745

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 104771 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HILALI Zoubida

Date de naissance : 01/11/1945

Adresse : 27 Rue Jbel Saghroun - Hay Essalam

Casablanca

Tél : 0662802374 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalila SHAI IDRISSI
Ophtalmologiste

84, Bd Mly Driss 1er

Tél: 05 22 86 06 06

INPE: 091033100

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 SEP 2022

Nom et prénom du malade : ROCHDI Zoubida Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée - ALD

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

Cachet et signature du Médecin
attestant le paiement des Actes

Ophthlalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06
INPE: 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE BAB EL SALAM Mr SEKKAT Omar 27, Rue de l'Atlas - C.I.L. Casablanca - Tel: 0522.94.15.14 ICE 001082118000087		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE BAB EL SALAM Mr SEKKAT Omar 27, Rue de l'Atlas - C.I.L. Casablanca - Tel: 0522.94.15.14 ICE 001082118000087</p>		

[illegible]

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

[illegible]

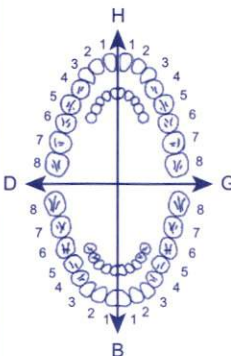
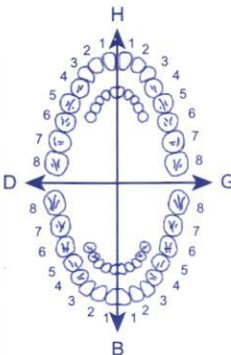
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
OPTIMOMES Myriam EDOUARD Opticienne Optométriste 4 Rue Ismaïlou Hazem Résidence Yasmine - Cas 3 Tél: 022.64 42.00	02/09/22					2600 DA

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
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;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div> </div> <div style="text-align: center;"> D </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center;"> B </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

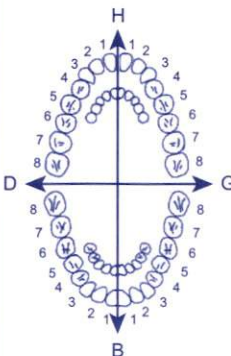
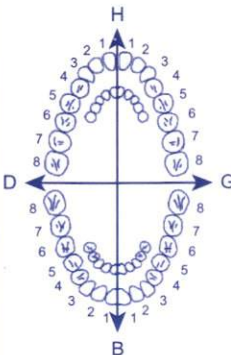
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

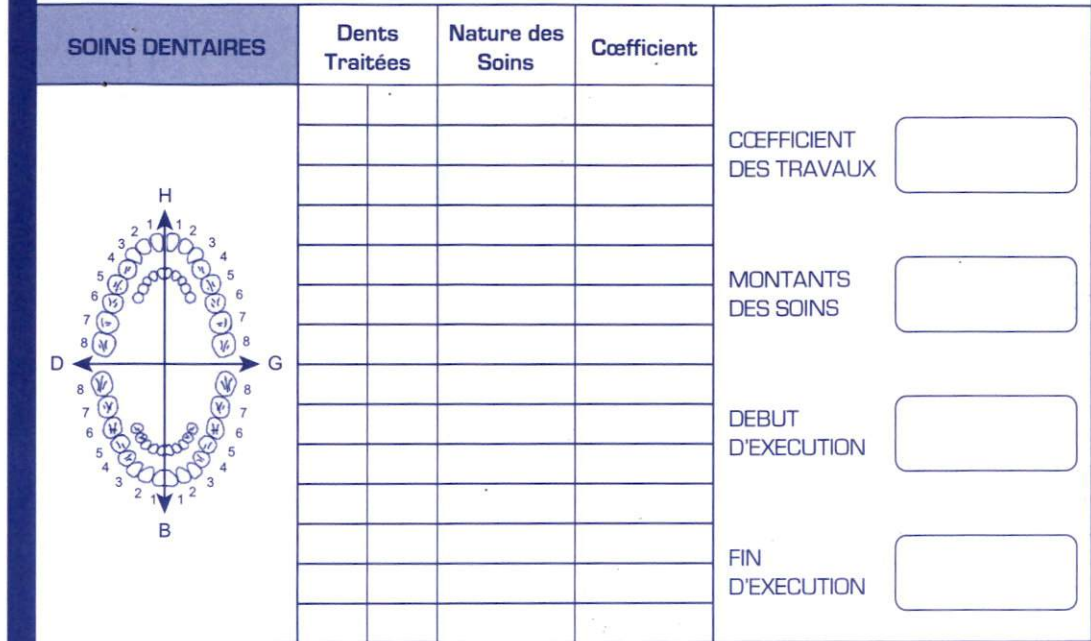
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

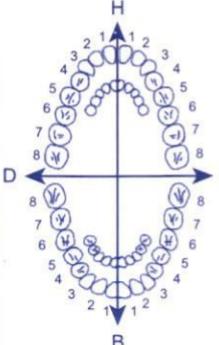
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
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;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 00000000 00000000 </div> </div> <div style="text-align: center;"> D </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 35533411 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	[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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<div style="margin-bottom: 10px;">H</div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;">B</div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>								
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>								
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>								



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <hr style="width: 50%; margin: 5px auto;"/> <p style="text-align: center;">B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552				
	00000000	00000000				
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>						

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <hr style="width: 50%; margin: 5px auto;"/> <p style="text-align: center;">B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552				
	00000000	00000000				
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>					
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....02 septembre 2022.....

Mme ROCHDI EL HILALI Zoubida

HYE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour pdt 3 mois

dans les deux yeux

PHARMACIE BAB ESSALAM
Mr SEKKAT Omar
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
Casablanca - Tél: 0522.94.15.14
ICE 001082118000087

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

LOT 0150322
2024 03
PPC DHS 99,00

LOT 0150322
2024 03
PPC DHS 99,00

LOT 0150322
2024 03
PPC DHS 99,00

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Résidence WIAM, 84 Bd. Moulay Driss 1er - Casablanca - Tél. : 05 22 86 06 06 - GSM : 06 62 77 77 56

E-mail : dsbai2000@yahoo.fr • ICE : 001648675000045 • I.N.P.E : 091033100

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 02 septembre 2022

Mme ROCHDI EL HILALI Zoubida

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets, Antireflets multi-couches

VL : OD = - 1.25 (- 0.75 à 90°)

OG = - 1.00 (- 0.75 à 45°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

EIP : 63 mm

OPTIMOMES
Myriam EDDOUIB
Opticienne Optométriste
Rue Ismaïl Nazem Résidence
Yasmine - Casa
Tél: 022.94 42.06

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

facture N° 2022/287

OPTIMOMES

64, rue ibnou hazem
Résidence Yasmine
tel: 0522944906

02/09/2022

FACTURE

NOM / PRENOM: ROCHDI EL HILALI ZOUBIDA
NOM PRESCRIPTEUR : SBAI IDRISSI DALILA
DATE PRESCRIPTION : 02/09/2022

Nomenclature	Quantite	Designation produits	PU	TOTAL
	1	Monture	1000	1000
	2	VL: - 1.25 (- 0.75 à 90°) - 1 (- 0.75 à 45°) organique antireflet bleu	800	800
	2	VP: + 1.50 (- 0.75 à 90°) + 1.75 (- 0.75 à 45°) organique antireflet	800	800
				2 600.00

Dont TVA: 433.3333333 dhs

Arrêtée la présente facture a la somme de : Deux Mille Six Cents Dirhams

OPTIMOMES
Myriam EDDOUIB
Opticienne Optométriste
Rue Ibnou Hazem Résidence
Yasmine - Casa
Tél: 022.94 42.06

Pensez à faire ajuster vos lunettes régulièrement, une visite annuelle chez votre ophtalmologiste est conseillée.

adresse: 64, Ibnou Hazem, résidence Yasmine, Casablanca, tel : 05 22 94 42 06

RC:290962 IF:40907770 ICE:000833012000066 Patente:35806687 CNSS:8611362 INPE:095001830