

## 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 Etape Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-582733

138834

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : AMJOUEL SAÏD  
 Date de naissance : 01/01/1940  
 Adresse : 84 RESIDENCE DES ROSES APPT N° 07  
 RUE AL AUREN BEAUSSEJON CASABLANCA  
 Tél. : 0613214100 / 0522394812 Total des frais engagés : 5052,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Reda MIKOU  
 Chirurgien Ophtalmologiste  
 18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC  
 Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com  
 Date de consultation : 12/11/2022  
 Nom et prénom du malade : AMJOUEL SAÏD Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 29/11/2022  
 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
17/11/22	C		300 DH	INP : 091168336

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mouad CHRA 69, Bd. Berr Casa - Tél. 0522 50 89 14	17/11/22	458,70 DH

INPE : 092043835

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
24/11/22 Sté. D'OPTIQUE MAROCAINE s.a.r.l. OPTIQUE LUNETTERIE CAPITAL : 300.000 DHS 22-24, Boulevard Mohammed V Tél : 05 22 22 18 47 - CASABLANCA	24/11/22					71 paire de verres 4300 DH

# 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

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC





PT170600150

17 no

**Mr AMJOUEL Said**

**OPHTALMED**  
**PPC**  
**89.00 DHS**

XAILIN WASH

1 lavage x 2/ jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mo

ZALERG

1 goutte x 2/ jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

THEALOSE COLLYRE

1 goutte x 3/jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

BLEPHAGEL

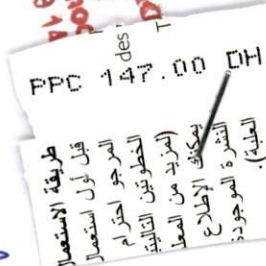
1 application le soir , pendant 3 Mois



6 118001 102495  
ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV - 75,70 DH  
Distribué par COOPER PHARMAS - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



3 662042 003295  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura / Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DM/20/DH  
PPC - 147,00 DH



des  
PPC 147.00 DH  
طريقة الاستعمال  
قبل أول استعمال  
المرجو احترام  
الخطوات التالية  
(المزيد من المعطيات)  
تحتفظ الإطباء  
بالتأثير الموجود  
(الطبية).

**Dr Reda MIKOU**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC  
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com





PT170600150

17 novembre 2022

**Mr AMJOUEL Said**

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

VL : OD = + 2.50 (- 1.50 à 96°)

OG = + 2.50 (- 1.50 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.50

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

**DR. D'OPTIQUE MAROCAINE s.a.r.l**  
**OPTIQUE LUNETTERIE**  
CAPITAL : 300.000 DHS  
22-24, Boulevard Mohammed V  
Tél : 05 22 22 18 47 - CASABLANCA



# SOCIÉTÉ D'OPTIQUE MAROCAINE

22 - 24 Bd. Mohammed V - Casablanca - Tél. : 05 22.22.18.47 - Fax : 05 22.47.53.76

N° d'identification 600822

M. Mr. Adel Said

Casablanca, le 24/11/2022

Ordonnance de M. le Docteur Dr. Kou

NUMEROS DE NOMENCLATURE  
CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION

<input checked="" type="checkbox"/> Loin	{ O.D. = n° .....
	{ O.G. = n° .....
<input checked="" type="checkbox"/> Prés	{ O.D. = n° .....
	{ O.G. = n° .....
<input checked="" type="checkbox"/> D.F.	{ O.D. = n° <u>431</u>
	{ O.G. = n° <u>421</u>

## FOURNITURES

1 Monture	<u>optique</u>	<u>900</u>
Monture		
2 Verre n°	<u>431 Progressif organique</u>	<u>340</u>
Verre n°	<u>Photochromique</u>	
Verre n°	<u>4 Amblyopie</u>	
Verre n°		
Etui		
TOTAL		<u>4800</u>

Dont Taxe sur les Services de % comprise pour DH .....

La présente facture arrêtée à la somme de :

quatre mille trois  
Cat dirhams

Sté. D'OPTIQUE MAROCAINE s.a.r.l.  
OPTIQUE LUNETTERIE  
CAPITAL : 300.000 DHS  
22-24, Boulevard Mohammed V  
Tél : 05 22 22 18 47 - CASABLANCA