

## 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 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-654366

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09099

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIS IKRAM

Date de naissance : 14/03/66

Adresse : Habitation 112

Tél. : 06 61 19 63 97

Total des frais engagés :

(Dhs)

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : FARIS IKRAM

Age : 21

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Soins de suite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le 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) :



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
23/12/22	CS	1	2500 HT	INP : 018 210 330 21 DR. JIHAD MOLOU Hôpital Mohamed El Baroudi Angle bd Sidi abrahamane et bd abdelhadi Bou (à l'entrée d'azemour) Entrée A. Apt 3. 2 eme Tél. 05 22 09 87 57 / 06 14 3

[illegible][illegible]

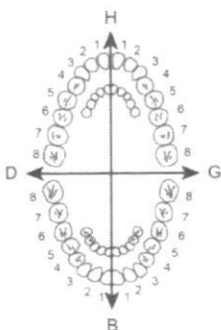
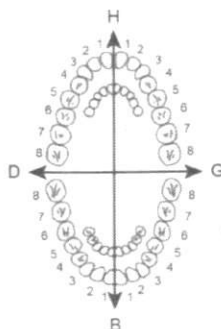
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Participe	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>M-A-D Optic</b> Opticien Optométriste 63 Rue Rabate Casa <b>Akram Daali</b> 0633	24/11/2022					2700

# 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 : <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="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>11433553</td> </tr> </table> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000											
	35533411											
	00000000											
	11433553											
	<div style="text-align: center;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession                 </div>			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 L'EXECUTION



Diplômée des universités de Tours - Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie refractive)(DPC London-uk)  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"  
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر  
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس  
طبيبة سابقة بمستشفى الحسنني

15 novembre 2022

**Mr. FARIS Abdelhak**

76,20 x B

**AZYTER**

S.V.

1 goutte 2 fois par jour au niveau des 2 yeux pdt  
à renouveler après un mois pdt 3 mois, dans les d

22,40

**MAXIDROL: pde**

S.V.

1 application / jour le soir au coucher, dans les deux ye  
jours

179,00 x 2

**XILOIAL FORTE**

S.V.

1 goutte x2 /j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



LOT	0360921
PPC DHS	2023 09
	179,00
LOT	0360921
PPC DHS	2023 09
	179,00

T = 609,00

**Pharmacie VICTORIA**  
Dr. Yasmine AZZOUK  
Angle bd Sidi aberrahmane et bd Abdelhadi Boutaleb  
Rue Ahmed Ben Boudhia 2007  
Casablanca / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

**DR. JIHAD SAFAA**  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle bd Sidi aberrahmane et bd Abdelhadi Boutaleb  
Entrée A. Apt. 3 - 2ème étage.  
(ex route d azemour) / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

زاوية شارع سيدي عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

📍 Angle bd Sidi aberrahmane et bd Abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A. Apt. 3 - 2ème étage

📧 cabinet.drjihad@gmail.com 📞 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

**Azyter 15 mg/g**  
Collyre, B/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

**Azyter 15 mg/g**  
Collyre, B/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

**Azyter 15 mg/g**  
Collyre, B/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

**Dr Jihad Safaa**  
Ophtalmologiste



**دكتورة جهاد صفاء**  
اخصائية طب و جراحة العيون

Diplômée des universités de Tours - Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie refractive)(DPC London-uk)  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"  
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر  
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس  
طبيبة سابقة بمستشفى الحسن

**23 décembre 2022**

**Mlle FARIS Ikram**

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = + 0.50

OG = + 0.50

63 Rue Igouda Casa  
M-A-D Optic  
Opticien Ophtalmiste

**DR. JIHAD SAFAA**  
OPHTALMOLOGISTE.  
Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb  
(ex route d azemour). Entrée A . Apt. 3 - 2 ème étage.  
Casablanca T: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

زاوية شارع سيدي عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا ) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

📍 Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A . Apt. 3 - 2 ème étage



cabinet.drjihad@gmail.com



05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28





OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

*Un autre regard sur vos yeux*

FACTURE N° :

N° 613389

Casablanca, le: 24/12/2022

Mme / Mr : FARIS IKRAH

Dr: .....

VL

VP-Add

OD : +0.50

OD : /

OG : +0.50

OG : /

Monture

Verres

optique

organique anti-refl  
bleu 2.00

2.00

DH

DH

Total à payer: 2700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille

sept cents

Akram Daali  
Inpe : 065032633

M-A-D Optic  
Opticien Optometriste  
63 Rue rguibate Casa

Cachet et signature

Adresse: 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capitale 100.000 - Patente: 35402703 - IF: 47232711 - RC: 6123  
ICE: 002642590000069