

## 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° W21-772136

146894

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0570

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 1/12/1941

Adresse :

Tél. : 0642/532476

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2023

Nom et prénom du malade : MR. JAR RABIA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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° W-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
06/01/2023	échec		300,00	INP : 091015479 Dr. M. TAHRI

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. M. TAHRI PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM Siham GUERROTT Pharmacie en Pharmacie 4, Residence Annam du Qulla Tel: 05 22 89 20 95 - Casablanca	14 Janv 2023	36,50 DH
	06/01/2023	T: 185,40 DH

# 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	

# 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
	<table> <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			MONTANTS DES SOINS [ ]
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS [ ]																					
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION [ ]																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايك

Casablanca, le :

06/01/2023

MEJJAR RABIIA EP OMALEK Rabiia

FACTURE POUR ECHOGRAPHIE CORNEENE

300.00 DH

Dr. Adil Wahidy  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
et Bd Abdelmoumen



Ophthalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



الدكتور عادل وحيدى

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلطة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايترك



**CHIBROXINE 0,3%**  
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH  
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

06/01/2023

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

33,60

Casablanca, le :  
**MEJJAR EP OMALEK**

Rabija

- **ARES 250 cpmés**



1 comprimé, le matin et soir, pendant 5 jours

- **ICOMB COLLYRE**



1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 1 mois

- **FLOXIL COLLYRE**

chibroxine 1 omni 36

1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 8 jours

- **PHYLARM Solut° isotonique de NaCl**

1 toilette oculaire, à la demande,



- **COMPRESSES STERILES 5cm x 5cm**

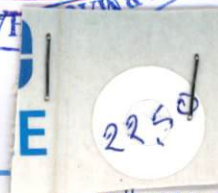
1 application, matin et soir,



4 Janv 2023



T: 185,40 DH



Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

جميع عبد المومن  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الطرامواي عبد المومن  
الهاتف : 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

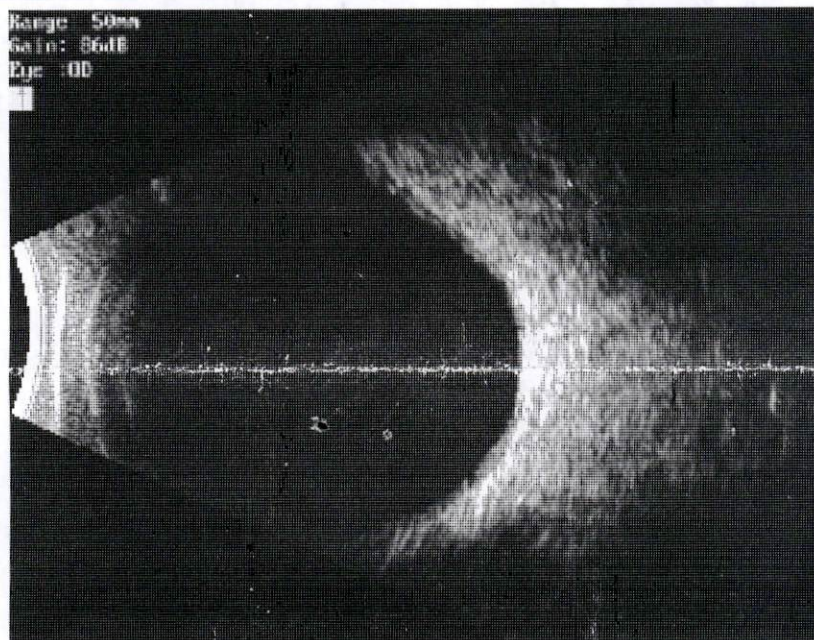


# Ophthalmic Ultrasound Report

Name : MEJJAR EP OUMALEK RA  
 Eyesight(OS) :  
 Age :  
 Address :  
 Operator: DR WAHIDI ADIL

I D : -9598999  
 Eyesight(OD) :  
 Sex : Female

Date/Time : 1904-01-00 00:00



## IOL Calc.

OS

A L = 26.36 D R = -1.00  
 K 1 = 43.75 K 2 = 43.25  
 A 1 = 118.00 A 2 = 118.40

OD

A L = 28.85 D R = -1.00  
 K 1 = 44.75 K 2 = 43.75  
 A 1 = 118.00 A 2 = 118.40

SRK-T		SRK-T	
IOL(D)	REF(D)	IOL(D)	REF(D)
12.00	-0.22	12.00	-0.04
12.50	-0.55	12.50	-0.37
13.00	-0.90	13.00	-0.70
13.15*	-1.00*	13.44*	-1.00*
13.50	-1.24	13.50	-1.04
14.00	-1.59	14.00	-1.38
14.50	-1.95	14.50	-1.73

SRK-T		SRK-T	
IOL(D)	REF(D)	IOL(D)	REF(D)
04.50	-0.23	04.50	-0.17
05.00	-0.54	05.00	-0.47
05.50	-0.86	05.50	-0.78
05.73*	-1.00*	05.85*	-1.00*
06.00	-1.17	06.00	-1.09
06.50	-1.50	06.50	-1.41
07.00	-1.82	07.00	-1.73

E M = 11.68 E M = 11.94  
 SPEC = 06.46

E M = 04.13 E M = 04.22  
 SPEC = 01.82

Comments :