

## 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

- 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° W21-777251

151381

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11066

Matricule : 11066 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : C. HAKER Badio

Date de naissance : 25/06/74

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. 0661386155 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. GHIZIANE OUAKH**  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er étage  
Madrif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 50 - Fax: 05 22 23 55 40

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : C. HAKER BADIO

Age : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : Arthrose / Infarctus / Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Secours

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 : CAS

Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14/01/2023	cs	1	300,00	INF : 0916671122
	+ For (57)		+ 56,00	Dr. Graziane OUKACH. SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE n° 10, 1er étage Boulevard AL Foulal, n° 10, 1er étage 30370 - Casablanca 0916671122 33 55 49

INP: 09/167/1122

J. L. Griziane OUKACH.  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Foulal, n° 10, 1er étage  
Madinat Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 40

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/2008	179,00

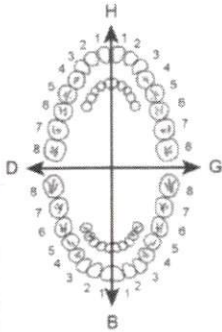
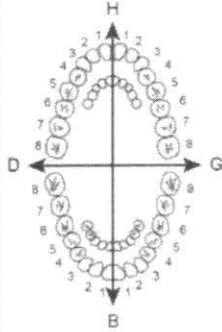
[illegible][illegible]

# 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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

INP : \_\_\_\_\_

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 16/01/2023

Mr CHAKER BACHA.

Dans le but.

1/ Optique Fusion UD :

18H + 3' (3mis)

2/ Lame de contact (3mis)

179.0

Pharmacie Univers  
Tel: 06 22 23 55 59  
116 Rue Al Fourat, n° 10, 1er étage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er étage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca  
Tel: 06 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39, نقطة الضرات - الطابق الأول, رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maarif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

94515MA

 Allergan.

optive  
**FUSION**™

unidoses

**Euro medic**

Distributeur Exclusif

vateur

PPC : 179,00 DH TTC

patients unidoses de 0,4 ml





- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقه سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 16/01/2023

Nº CHAKER BAOIA:

## Neuro Connectors + Modules

- Vision de loin.

$$\cdot 0.04 = -0.175 \overline{(-0.175)} 175^\circ$$

Plan  $(-0,75) 160^{\circ}$

• Nishin de Des

add + 1,50


iii Anhydret

Dr. Uniziane OUKACHI.  
OPHTHALMOLOGISTE

39، زنفرة الفرات - الطابق الأول رقم 3932 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage N°10 Maarif extension, 20370 Casablanca

✉ [droukaghizlane@gmail.com](mailto:droukaghizlane@gmail.com) / INPE 091167122

 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

RC : 337929

IF : 152941111

ICE : 000112884000066

Le : 21/01/2023

M : CHAKER BADI

Type des verres : PROGRESIF  
ORTHO. OR BLUE

Monture : OPTIQUE 1500000

Vision de loin :

OD Axe 175 Cyl -0.75 Sph -0.75 1000000

OG Axe 160 Cyl -0.75 Sph PLAN 1000000

Vision de Près :

OD .Axe ..... Cyl ..... Sph .....

OG .Axe ..... Cyl ..... Sph .....

MAFHOUM  
EVE OPTIC S.A.R.L. OPTICIEN  
6, Bis Rue Ibn Hajja Av 2 Mars  
Casablanca Tél : 06 63 78 91 91  
F : 05294 R. C : 337929  
ICE : 000112884000066

Montant : 10700 3500000