

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0059310

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9770 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....


Nom & Prénom : KILLOU HASSAN

Date de naissance : 16/06/47

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0059310

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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

## 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° W21-807957

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02770

Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KIPPOU HASSAN

Date de naissance : 01/04/1956

Adresse : LOT SO COMA N° 1345 2882KECH

Tél. : 06 60 78 15 20

Total des frais engagés : 1024 DH

Phs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BOUSHABA HASSAN  
OFTALMOLOGISTE  
Imm KOUTOUBIA CENTRE  
Av Zerktouni, Gueliz, Marrakech  
05 24 43 76 67  
ICE 001649583000032  
INP 07/10/2011

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : A-t Mansour Amin

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Biomechanical and Neurological

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

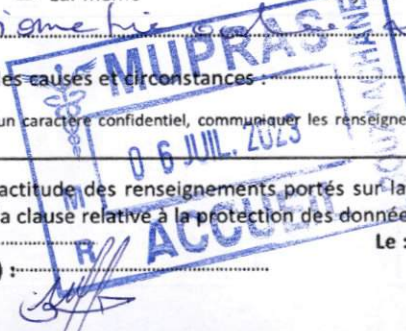
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

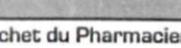
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
	<i>keto</i>			INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<i>Eti/06/23</i>	<i>Bismuthine</i>		<i>500,00</i>	
	<i>Amoxicillin</i>			
	<i>Ail</i>		<i>5000</i>	
	<i>Fresh</i>			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/23	12400

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

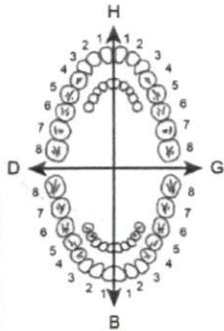
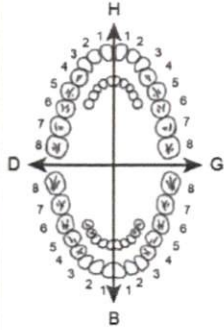
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 : <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"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

Pharmacie Jasmijn  
N°1138 SOCOMA - Marrakech  
Tél : 05 24 49 41 62

22 juin 2023



Mme AITMANSOUR Mina

20,80

- FRAKIDEX POMMADE

30,30

- ICOMB (Tobramycine, Dexaméthasone), 1 flacon

23,00

- CEBESINE COLLYRE (Oxybuprocaine), 1 flacon

25,90

- MYDRIATICUM COLLYRE (Tropicamide) 0,5%, 1 flacon

24,00

- Boite de rondelles oculaires adhesives steriles

12h100

DR BOUSHABA  
OPHTALMOLOGUE  
Imm KOUTOUBIA ALLESTRA  
Av Zerkatouni, Guéliz - Marrakech  
05 24 43 76 64  
ICE 001649588000032  
INP 8/103821

CEBESINE 0,4%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM n° 518/19DMP/21/NCDP

6118001270194

LOT/عبار

FAB/تاريخ الانتاج

EXP/تاريخ الانتهاء

H7756

10-2021

03-2024

PPV : 23,00 DHS

MYDRIATICUM 0,5%

Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH

6 118001 070428

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA\*  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g

Distribué par : ZENITH PHARMA,

96 zone industrielle Tassila Inezgane,

Agadir- Maroc.

PPV : 20.80 dh

AMM N°30/19DMP/21/NRQDNM

أيكومب®

Icomb®

Lot: 710320

Fab: 10 22

Exp: 10 24

PPV: 30 DH 30

Sterisoil®

# **CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE**

**MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX**

**CORRECTION DE LA VUE AU LASER**

**EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL**

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : [centreboushaba@gmail.com](mailto:centreboushaba@gmail.com)

**Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82**

22 juin 2023



**AITMANSOUR Mina**

## **NOTE D'HONORAIRES**

Je soussigné, certifie avoir reçu la somme de CINQ CENT DIRHAMS (500 DHS) de Mme AITMANSOUR Mina , pour une BIOMETRIE OCULAIRE(K10).

**DR BOUSHARA HASSAN**  
Ophthalmologist  
Imm KOUTOUBIA 1er étage  
Av Zerkatouni, Guéliz - Marrakech  
05 24 43 76 64  
ICE 00164558000032  
IMP 07103821

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

22 juin 2023



**AITMANSOUR Mina**

## NOTE D'HONORAIRES

NOM DU PATIENT : AITMANSOUR Mina

TYPE D'ACTE : MICROSCOPIE SPECULAIRE

HONORAIRES: 500,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de CINQ CENT DIRHAMS

DR BOUSHABA  
OPHTALME  
Imm KOUTOUBIA 1  
Av Zerkoutouni, Guéliz - Marrakech  
05 24 43 76 64  
ICE 001642588000032  
INP 0/103821

# CALCUL IOL

Patient **aitmansour, mina**  
 Date de naissance 01/01/1964  
 Sexe Féminin  
 ID patient 2314891725  
 Médecin Surgeon

CENTRE VISION ET LASER LE COLISEE

Vérifier les avertissements sur toutes les pages!

Date de la mesure 22/06/2023

Date vérif. calibrage 22/06/2023 par Surgeon

Résultat OK

OD droite

État de l'œil

gauche OS

LS	Phaque	LVC	Non traité	LS	Phaque	LVC	
VS	Corps vitré	Mode LVC	-	VS	Corps vitré	Mode LVC	
Réf. cible	+0.00 D	SIA	0.00 D Inc 0°	Réf. cible	+0.00 D	SIA	0.00 D Inc 0°

## VALEURS BIOMÉTRIQUES

! valeur limite \* valeur éditée manuellement

(n=1.3375)

AL	23.77 mm	WTW	11.6 mm	AL	—	WTW	—
ACD	3.40 mm	Pupille	4.0 mm	ACD	—	Pupille	—
LT	3.72 mm	lx / ly	+0.5 mm / +0.1 mm	LT	—	lx / ly	— / —
CCT	533 µm	Kappa	0.4 mm @ 188°	CCT	—	Kappa	—
Ast. K	-1.02 D @ 132°	Ast. TK	-1.02 D @ 127°	Ast. K	—	Ast. TK	—
Avg. K	44.26 D	Avg. TK	44.32 D	Avg. K	—	Avg. TK	—
K1	43.76 D @ 132°	TK1	43.82 D @ 127°	K1	—	TK1	—
K2	44.78 D @ 42°	TK2	44.83 D @ 37°	K2	—	TK2	—

## CALCUL IOL

( ) Rotation de l'axe

### MEDICONTUR... RayOne

### PHYSIOL (Mic...

IOL	Res. SE
+20.00	-0.57
+19.50	-0.22
+19.00	+0.13
+18.50	+0.48
+19.20	0.00

LF +1.83 DF +5.0

IOL	Res. SE
+20.00	-0.78
+19.50	-0.42
+19.00	-0.06
+18.50	+0.29
+18.91	0.00

LF +1.67 DF +5.0

IOL	Res. SE
+20.50	-0.58
+20.00	-0.23
+19.50	+0.11
+19.00	+0.45
+19.66	0.00

LF +2.09 DF +5.0

### Eyecryl Plus

### Genesis

### Eyecryl Plus N...

IOL	Res. SE
+19.50	-0.61
+19.00	-0.25
+18.50	+0.11
+18.00	+0.47
+18.66	0.00

LF +1.52 DF +5.0

IOL	Res. SE
+20.00	-0.61
+19.50	-0.25
+19.00	+0.10
+18.50	+0.45
+19.15	0.00

LF +1.81 DF +5.0

IOL	Res. SE
+20.00	-0.78
+19.50	-0.42
+19.00	-0.06
+18.50	+0.30
+18.92	0.00

LF +1.67 DF +5.0

### Eyecryl Toric

IOL SPH	Res. SE	IOL Cyl	Res. Ast.
+20.00	-0.88		
+19.50	-0.52		
+19.00	-0.17		
+18.50	+0.18		
—	0.00	26°	1.00 -0.24 @ 116°
		26°	1.31 0.00

LF +1.87 DF +5.0

Commentaire