

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

- Reclamation : 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

M22- 0053634

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1091 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 170453
Nom & Prénom : FATIMI HASSAN
Date de naissance : 10.03.1950
Adresse : 28 Ave El Jole Hay El Houba
BERRECHID
Tél. : 06.64.43.79.56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Lamyae BOURHALES
Ophtalmologiste
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29
Date de consultation : 07/07/2023
Nom et prénom du malade : FATIMI HASSAN Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cataracte + Cataracte secondaire
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) : 1234567

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
07/07/23	SAFO	400 DP		Dr. Lamy Dentiste 05 22 86 54 29
13/07/23	CA	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Alia	07/07/23	289,60
pharmacie Alia	13/07/23	58,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE AL MAJNA	13/07/23	Luxu 4 AC	EC 500 DH FM 900 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

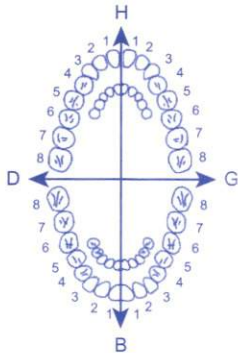
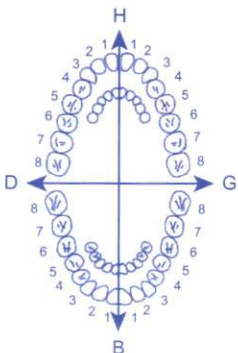
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																						
				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>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		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"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris
Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغال

طبيبة أخصائية

في أمراض و جراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة
بيير ماري كوري بباريس
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

07/7/2023

M. Fatimi Hassoun

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH

6 118001 072583

Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

178,90

1 Monoprost

2 Rte de sœur SDC
à 200m.

110,70

21 Dorzimol

2 Rte x 21 x 200m

=289,60

Pharmacie Alia

3d Med V, Cité Al Wahda mm.
Locaux N°4 et 5, Berrechid
Tél : 05 22 32 48 38

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml

6 118001 272273

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن, إقامة رياض عبد المومن,

سلم ب, الطابق الثالث, رقم 12 - الهاتف: 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75



ORDONNANCE

1310 H2027

Dr Patuhi Hassan

58,00

Indocollire (SV)

Pharmacie Alla
Bd Med V, Cité Al Wahda
Locaux N°4 et 5
Tél : 05 22 32 48 38

Dr Patuhi Hassan

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/ عيار H8862
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 09-2022
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088
P.V. : 58,00 DHS

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd. Panoramique
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax.: 05 22 25 00 01

Dr. Lamyae BOURHALE
Ophtalmologiste
421, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

Dr Patuhi Hassan

Dr.Lamyae BOURHALEB

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophthalmologie
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris
Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة
بيير ماري كوري بباريس
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

07/07/2023

M^r Fatihi Hassan

Cat II

Sami yal OG

CLINIQUE AL MADINA
534, Bd Mohammed VI
Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L-G)
Fax: 05 22 25 00 01

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophthalmologiste
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb_lamyae@menara.ma

421، شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف: 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 17827 / 2023 du 13/07/2023

Nom patient **FATIHI HASSAN**
PAYANT

Entrée 13/07/2023
Sortie 13/07/2023

LASER YAG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		500.00	500.00
			<i>Sous-Total</i>	500.00
Total Clinique				500.00

DR. BOURHALEB LAMIAE (ophtalmologue)	1.00		900.00	900.00
			<i>Sous-Total</i>	900.00
Total Autres prestations				900.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 1 400.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CLASSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 77 77 49