

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

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

Déclaration de Maladie

N° W21-794149

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUSBINA KHAÏD

Date de naissance : 16/01/66

Adresse : G- F CITY MOF3 VILLE VERTE BOUSKOURA

Tél. : 0663722708

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : Bousbina KHAÏD

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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 Médecin attestant le Paiement des Actes
15/12/2023		5 + 15/10	300 dh + 200 500 dh	INP: 09/11/3316 15, Rue de l'Ass Madrass Tél: 0522 98 44 68/26 Fax: 0522 98 01 84 INSEE: 05011

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JOURNAUX Rue des Joyeux de Bouvillon Casablanca Tél: 0522 98 44 68/26 Fax: 0522 98 01 84 INSEE: 05011	15/12/23	1149,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25.12.2023					250.000 DHs

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 d

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table> <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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

الدكتورة ميارة نزهة

إختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة الحول

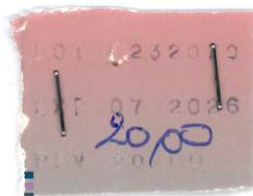
العدسات اللاصقة

Casablanca 15 décembre 2023

Enf. BOUSBINA Malak

20,00

CORRECTOL



1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 15 jours

129,90

GYLAN unidoses



1goutte x3/j 48 h la dosette

**P.P.C :
129,90DHS**

T: 149,90



15, Rue Kadi Iass - Maârif - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26

Email : drmiyara@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com

Prise Rendez-vous par Email : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602609000093



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

lentilles de contact

الدكتورة ميارة نزهة

إختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة الحول

العدسات اللاصقة

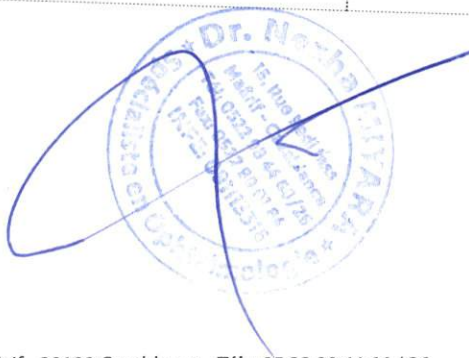
Reçu de caisse N° : 281474976755517

Casablanca, le

chaimaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT23121413053 8	BOUSBINA Malak	15/12/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	CS+K10	500,00
Reçu établi par :	Total payé	500,00



15, Rue Kadi Iass - Maârif - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26

Email : drmiyara@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com

Prise Rendez-vous par Email : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602609000093



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme - Lentilles de contact

الدكتورة ميارة نزهة

إختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة الحول - العدسات اللاصقة

15 décembre 2023

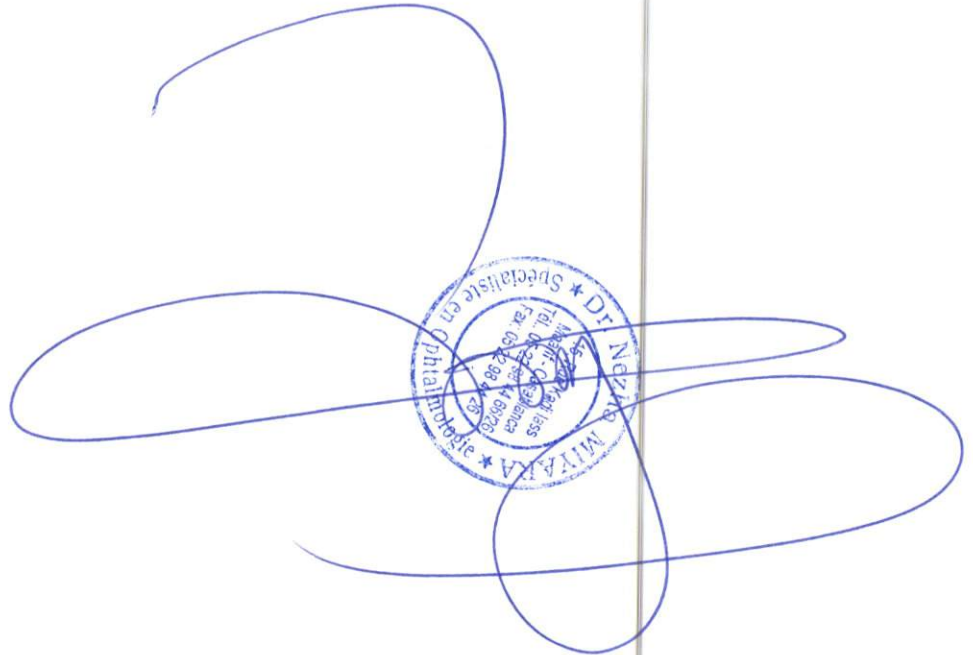
Enf. BOUSBINA Malak

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 3.25 (- 2.25 à 180°)

OG = + 3.00 (- 2.00 à 160°)



VISUEL OPTICIENS

SARL AU

784, Lotissement Mandarona
Bd El Qods Ain Chok - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 98 10 04

VISUEL**OPTICIENS**

095004560

FACTURE N° : 0588/2023

LE 25/12/2023

Client : BOUSBINA MALAK

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
<u>ŒIL DROIT</u>	+3.25	-2.25	180	
<u>ŒIL GAUCHE</u>	+3.00	-2.00	160	

Vision de loin :Monture : OPTIQUEVerre : ORGANIQUE AMINCIS

ANTIREFLET

Montant de vision de loin :

ŒIL DROIT	750
ŒIL GAUCHE	750
MONTURE	1000

Vision de près :Monture :verre :Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 2500.00 DH

T.V.A : 416.67 DH

VISUEL OPTICIENS
SARL AU
784, L'Assessment Mandarona
Bd El Qods Aïn Chok - Casablanca
31. / Fax : 05 22 52 10 04

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Aïn Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 52 10 04
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 813254

ICE : 000229849000040