

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.

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

Déclaration de Maladie
M23-008209

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M^r AZIZ BOUCHAIB 1947/11
Date de naissance : 4/8/1957
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0664074077 Total des frais engagés : 1648,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 JAN 2024
Nom et prénom du malade : M^r LAHROUB Zahra Age : 28/6/62

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casablanca Le 12/01/2024
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
9 JAN 2024	CS + F0		300 dh	
23-01-24	CS		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/24	80,40
	23/01/24	68,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/1/24	UASERY AG	2000 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

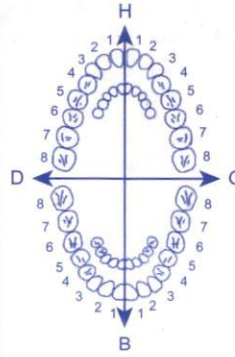
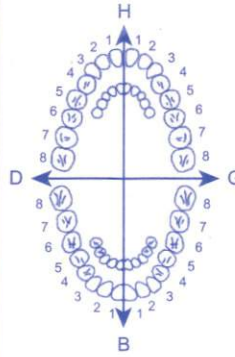
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	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

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux

Ex Medecin à l'hôpital des spécialistes de Rabat.
Membre de l'European Society of Cataract and
Refractive Surgeons

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
Chirurgie vitreo rétinienne
Œil et Diabète
Chirurgie réfractive, LASIK
OCT - Angiographie - laser

اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط
عضو الجمعية الأوروبية للجراحة الإنكسارية و الجلالة
جراحة المياه البيضاء بالموجات فوق الصوتية (الفاكو)
جراحة الشبكية والجسم الزجاجي
علاج مخلفات مرض السكري على العين
تقويم الرؤية بالليزر
انجيوغرافيا - لايزر

Casablanca le : 19/01/2024 : الدار البيضاء، في :

Mme: LAHROUB ZOHRA

30.30

1 - ICOMB (collyre)

1 goutte 3 fois par jour dans les deux yeux

50.10

2 - OTAD 0.1% (collyre)

1 goutte 2 fois par jour dans les deux yeux

80.10



PHARMACIE BLOC "C"
GHOFRANE
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Q Al Oud Sidi Bernoussi
Casablanca



شارع صهيب الرومي أمال 4 زنقة 50 رقم 17 (مقر الجماعة الحضرية سابقا) - سيدي البرنوصي

Avenue Souhaib Erroumi, Amal 4 rue 50 N° 17 (Ex-siège de la commune urbaine)
Sidi Bernoussi - Tél : 05 22 733 744

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

Ex Medecin à l'hôpital des spécialistes de Rabat.

*Membre de l'European Society of Cataract and
Refractive Surgeons*

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgie vitreo rétinienne

Œil et Diabète

Chirurgie réfractive , LASIK

OCT - Angiographie - laser

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط

عضو الجمعية الأوروبية للجراحة الإنكسارية و الجلالة

جراحة المياه البيضاء بالموجات فوق الصوتية (الفاكو)

جراحة الشبكية والجسم الزجاجي

علاج مخلفات مرض السكري على العين

تقويم الرؤية بالليزر

انجيوجرافيا - لايزر

Casablanca le :23/01/2024..... **الدار البيضاء، في :**

Mme : LAHROUB ZOHRA

COMPTE RENDU LASER YAG ŒIL DROIT K80

Capsulotomie au laser YAG.

Puissance 4

Impact 15

Diamètre 250 microns

Dr. Mohamed ATTICH
Ophtalmologue
Av. Souhaib Erroumi Amal 4 Rue 50
N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05.22.733.744

شارع صهيب الرومي أمال 4 زنقة 50 رقم 17 (مقر الجماعة الحضرية سابقا) - سيدي البرنوصي

Avenue Souhaib Erroumi, Amal 4 rue 50 N° 17 (Ex-siège de la commune urbaine)

Sidi Bernoussi - Tél : 05 22 733 744

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

*Ex Medecin à l'hôpital des spécialistes de Rabat.
Membre de l'European Society of Cataract and
Refractive Surgeons
Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
Chirurgie vitreo retinienne
Œil et Diabète
Chirurgie réfractive, LASIK
OCT - Angiographie - laser*

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات الرباط
عضو الجمعية الأوروبية للجراحة الانكسارية و الجلالة
جراحة المياه البيضاء بالموجات فوق الصوتية (الفاكو)
جراحة الشبكية والجسم الزجاجي
علاج مخلفات مرض السكري على العين
تقويم الرؤية بالليزر
انجيوغرافيا - لايزر

Casablanca le : 23/01/2024 **الدار البيضاء، في :**

Mme: LAHROUB ZOHRA

➤ Capsulotomie au yag œil Droit

(Dilater l'œil Droit)

Dr. Mohamed ATTITICH
Ophthalmologue
Av. Souhaib Erroumi Amal 4 Rue 50
N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05.22.73.37.44

شارع صهيب الرومي أمال 4 نقطة 50 رقم 17 (مقر الجماعة الحضرية سابقا) - سيدي البرنوصي

**Avenue Souhaib Erroumi, Amal 4 rue 50 N° 17 (Ex-siège de la commune urbaine)
Sidi Bernoussi - Tél : 05 22 733 744**



ORDONNANCE

Casablanca le : 23.1.24

Mme LAHBOUB Zohra

1) Diopside

2 gtt x 3 j

œil droit

per 15 j

08,00

[Signature]

Dr. Mohamed ATTHICH
Ophtalmologue
Av. Souhail Ben Assi Boul
N° 12 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05.22.73.37.44

Dr. Atthich

DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

CLINIQUE BISMILLAH



FACTURE N° 202400487

CASABLANCA Le : 23-01-2024

Identification	
N° Dossier : 24A23065210	N°Identifiant : 011549/24
Nom & Prénom : Mme LAHROUB ZOHRA	
C.I.N. : B662117	
Adresse : HAY QODS RES AL FAJER IMM SENBOL NR 02 BERNOUSSI CASA	

Organisme : MUPRAS
Période d'hospitalisation
Date Entrée : 23-01-2024
Date Sortie :

Médecin traitant
DR. ATTITICH MOHAMED

Traitement
YAG OD

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
Forfait						
LASER YAG		1	1 200,00			1 200,00
Sous Total						1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS						TOTAL GENERAL 1 200,00

CLINIQUE BISMILLAH
Lotissement Hamza lot 21 boulevard
Mohamed VI Ain Chock Casablanca
Tel : 05 22 21 52 21 - 05 22 21 52 22
Email : clin.bismillah@gmail.com