

# 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.

## Diagnostic 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 : 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

MUPRAS  
RECEPTION

Hay gonal  
OK

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0007613**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5285 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZIATI MILWAJ Date de naissance : 08-10-1957  
Adresse : LOT EL WAFI N° 284 DERROJA  
Tél. : 06 66 80 78 33 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr CHRAÏBI H. Karim**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
Angle Route d'Azemmour et Bd Sid  
Abderrahman Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 05 22 90 47 50 Fax: 05 22 91 56 02  
Date de consultation : - 8 OCT 2019  
Nom et prénom du malade : TAYACH RABIA Age: 1962  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Kerkh wach  
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 : DERROJA

Le : 15/10/2019

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



# 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
08 OCT 2019		2	250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/10/19	295,80

# 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
		A M	P C	I M	I V	
	14/10/19					4200DH

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>D</td> <td>G</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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET d'ophtalmologie

Dr. CHRAÏBI H. Karim

MALADIES ET chirurgie de YEUX

Angiographie - laser - Lentille de CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE  
 ANCIEN Chef de Clinique des Hopitaux de BORDEAUX  
 ANCIEN ATTACHÉ des Hopitaux de BORDEAUX  
 Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'Ophtalmologie  
 Membre de l'AMERICAN Academy of Ophtalmology

الدكتور الشرايبي ح. كريم

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا  
 جراح سابقا بمستشفيات بوردو  
 عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
 عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

Dr CHRAÏBI H. Karim

Chirurgien Ophtalmologiste

CASABLANCA, LE  
 Angle Route d'Azemour  
 Abderrahman Hay Hassani

Tél: 05 22 90 47 50 - Fax: 05 22 91 56 02

TAYAL

RABIA

24.90

CRAMABO

17te 2212 de la 204

3460.00

OVAL

17te 2212 de la 204

2495.00

Dr CHRAÏBI H. Karim  
 Chirurgien Ophtalmologiste  
 Angle Route d'Azemour et Bd Sidi  
 Abderrahmane - Casablanca

IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGLE Bd. Sidi Abderrahmane ET ROUTE d'AZEMOUR, ENTRÉE B  
 2<sup>ème</sup> ÉTAGE Appt. N°1 - 20230 CASABLANCA - Tél: 0522 90 47 50 / 0684 749 749  
 Tél./fax : 0522 91 56 02 - E-mail : cabinet@karimchraibih.com

RIMA PHARMA  
PVC : 60,00

RIMA PHARMA  
PVC : 60,00

RIMA PHARMA  
PVC : 60,00



6 118001 100644

CROMABAK 20 mg/ml

Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Douzi, 20100 Sfax

Pharmacie Responsable : Amine DAOUDI

PPV : 5790 DH

Entreg. MA. n° 793/16DMP/21/NCV



6 118001 100644

CROMABAK 20 mg/ml

Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Douzi, 20100 Sfax

Pharmacie Responsable : Amine DAOUDI

PPV : 5790 DH

Entreg. MA. n° 793/16DMP/21/NCV



# CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAÏBI H. Karim

MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX

Angiographie - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE  
ANCIEN CHEF de CLINIQUE des HOPITAUX de BORDEAUX  
ANCIEN ATTACHÉ des HOPITAUX de BORDEAUX  
MEMBRE de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTALMOLOGIE  
MEMBRE de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبي ح. كريم

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا

جراح سابقا بمستشفيات بوردو

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

Dr CHRAÏBI H. Karim

Chirurgien Ophthal

Angle Route d'Azen

Abderrahman Hay Hassani - Casablanca

Tél: 05 22 90 47 50 Fax: 05 22 91 56 02

TAYAL RABIA

Verus Contactus Miravall

Photophony Autokells

OD + 2,25

OL + 0,75

Verus Contactus R2

ADD + 2,25 OD

OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0007447

Date : 14/10/19

Mr : TAYACH RABIA

Docteur :

Type des Verres : Organique Antireflets INNO  
Organique Bleu

2 Monture : de la dernière

1200DH

\* Vision de Loin :

OD Axe Cyl Sph + 1,25 1500DH

OG Axe Cyl Sph + 0,75 1500DH

\* Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

~~OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE~~

Add : + 2,25

Montant :

1200DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :