

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage 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° W21-626921

84827

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

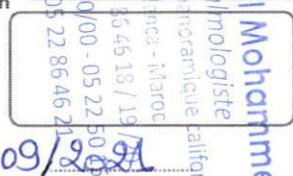
Nom & Prénom : D. AUBI KAMAL

Date de naissance : 14/07/1975

Adresse : 11 rue Ibn Nami Farah L. Settak

Tél. : 06 51 76 64 75 Total des frais engagés : 1600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 06/09/2021

Nom et prénom du malade : DAABI MOHAMED Age : 46 ans

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Nouadhibou

Le : 20/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



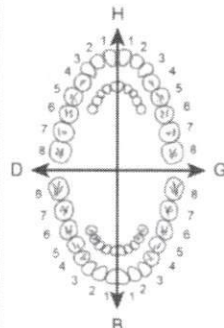
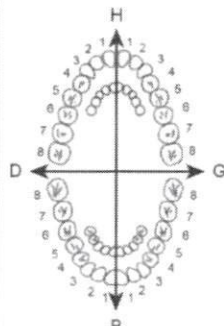
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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 |
| 06/09/2021                     | C                 |                       | 200,00                          | INP : 094339719                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |

| 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 |
|                                                                |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| Opticien - Optométriste<br>01 55 81 84 11 - Fax : 022 52 77 77 | 13/09/21       | /      | /  | /  | /  | 1400,00                         |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |
|                                                                |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| Important :<br>Veuillez 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"/>     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                           |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>      |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                         | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             |                                                   | H                                        | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
|                                                                                                                             | H                                                                                                                                                                                                                                                                   | 25533412         | 21433552    |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                                                                                                             | D                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000         | 00000000    |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                                                                                                             | G                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000         | 00000000    |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                                                                                                             | B                                                                                                                                                                                                                                                                   | 35533411         | 11433553    |                                                   |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|                                                                                                                             | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                            |                  |             | 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 |                                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |

# Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

## الدكتور محمد شهبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

فريق كلية باريس

داخلي سابق بكريتي و بالمركز الفرنسي للعيون

15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيلد باريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خبير تصحيح البصر بالليزر

06/09/2024

M. DAHBI mohamed

OD = -1,5 (-0,5 - 95)  
OS = -1,2 (-0,5 - 60)

OPTIDINE  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien - Optométriste

5,101 5,501 5,701 5,901 6,101 6,301 6,501 6,701 6,901 7,101 7,301 7,501 7,701 7,901 8,101 8,301 8,501 8,701 8,901 9,101 9,301 9,501 9,701 9,901  
Tél. 022 53 32 01 - Fax. 022 53 32 17

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél.: 05 22 50 15 15 / 05 22 50 15 20  
Fax: 05 22 50 15 15



مصلحة العين  
CLINIQUE DE L'OEIL  
California

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc

Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15

+212 522 86 46 18

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00/60

+212 522 86 46 21

info@clinic-oeil.com

www.clinic-oeil.com

# OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 13/09/2021

|        |                   |
|--------|-------------------|
| Client | ENF DAHBI MOHAMED |
|--------|-------------------|

**FACTURE N°1217/2021**

| QTE | Description                                | PU (TTC) | Montant (TTC)   |
|-----|--------------------------------------------|----------|-----------------|
| 1   | MONTURE OPTIQUE                            | 600,00   | 600,00          |
| 2   | VERRRES INCASSABLES BLANCS<br>+ANTI REFLET | 400,00   | 800,00          |
|     |                                            |          | <b>1 400,00</b> |

INPI: 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **MILLE QUATRE CENT  
DIRHAMS**

**OPTIDINE**  
**KARIMEDDINE ADIL**  
Opticien - Optométriste  
5, Lot Essafi Bd. Hassan II Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61 - Fax : 05 22 53 32 77