

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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.

éducation :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
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

Mic
1042

Déclaration de Maladie

N° P19- 062366

ND-40021

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Habitude

Tél : 0689629854 Total des frais engagés : 3.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. CHAHRI Mohammed

Cachet du médecin :

Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 56 00 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

Date de consultation : 07/09/2020

Nom et prénom du malade : AIT MERIM Brahim Age : 71

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'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) :

15 SEP. 2020

ACCUEIL

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
08/09/2025	CS		Coatuit	

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Opticien Optométriste OPTIQUE MOUSSAOUI Bd. E. Bloc 106, N° 7 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 0522 60 34 39 - GSM : 0669 00 97	07					3000
	09					
	2020					

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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	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>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>		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																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC
OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

Bloc Kodia 106 Bd. E N° 46 Bis

Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 62 26 02 02

Patente : 32825428

IF : 40151582



N°0008441

نظارات مساوي

إختصاصي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 شارع

الرقم 64 مكرر - الحي الحمدي

الهاتف : 06 62 26 02 02

الباتنتا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur : MOHAMMED CHAHBI

N° DE nomenclature :

522

Correspondant à la prescription :

grau B2

LOIN	O.D. : (-1.280°) -1.75	PRES	O.D. : add = +3.00
	O.G. : (-1.50 à 90°) -1.50		O.G. : add = +3.00

FOURNITURE

Montures : optique

Verres : progressifs
Ménage p.c. p

Etuils :

Total :

3000 M.A
01 RHAM

500 M.A
2500 M.A
3000 M.A

Arrêtée la présente facture à la somme de
Casablanca, le 07/09/2020

M. ou Mme :

AIT MERIN BRAHIM

Opticien Optométriste
OPTIQUE MOUSSAOUI
Bd E. Bloc 106, N° 7
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 0522 60 34 39 - GSM: 0669 00 97 85

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 شحبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج 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 بالليزك

07/09/2020
M^{re} AIT MERIM Brahim

$R = -1,25 (-1 - 80)$
 $L = -1,5 (-1,5 - 90)$
m + 3

DR. CHAHBI Mohammed
544, boulevard Panoramique, Californie,
Casablanca
Tel.: 05 22 86 46 18 - 05 22 29 66 60
Fax: 05 22 86 46 21

Opticien Optométriste
OPTIQUE MOUSSAOUI
Bd. E. Bloc 7
Hay Mohammadi - Casablanca
Tel: 0522 80 34 39 - GSM : 0669 00 97 85



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