

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.

Diagnostique 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 065836

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11208 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHARI Rachid

Date de naissance : 28 06 1978

Adresse : 390, Bd de SERRAVALLE CASABLANCA

Tél. : 06 61 20 41 63 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 10 2020

Nom et prénom du malade : Youssef IKRAM

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Ikhian Youssef

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) :



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
26.10.2025	C.S.		250	
25/11/2025	C.S.		G	


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 Prestataire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	27/10/2025		B			300DH
	20.20					
	07.12.25					250,00DH

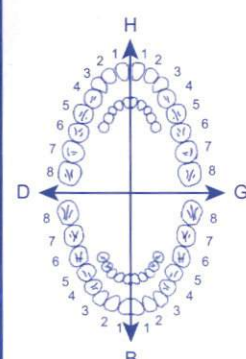
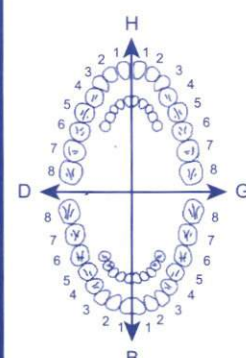
verre optique.

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
<p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p>																									
<p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>																									
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
				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



مركز العيون بئر أنزران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 25/11/2008 الدار البيضاء في

Ikliar Younef

Verres e antio on u cèb

OD = +0,50 (-0,50 à 2)

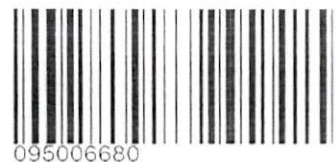
OG = +2,50 (-1,75 à 170)

Dr. KHLIFI Houda
Ophtalmologue
05 22 23 79 29
06 48 43 74 56
Tél: 05 22 23 79 29





327, Boulevard Zerktouni, Quartier
Bourgogne 20053 Casablanca Maroc
Tél: 00212522200357
E-Mail: contact@opticalys.ma
Site Web: www.opticalys.ma



M. IKHIAR YOUSSEF

FACTURE N° : F20/6406

Date : 07/12/2020



Désignation	Qté	Prix unit.	Remise	Valeur	TVA
INDO verre organique 1.5 blanc Org natural 10	1	250.00		250.00	20.0
Corrections : VL D. Sph: +0.50 Cyl: -0.50 Axe: 2° VL G. Sph: +2.50 Cyl: -1.75 Axe: 170°					
Total	1			250.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
208.33	41.67	250.00	250.00	0.00 DH

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



BILAN ORTHOPTIQUE

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél : 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26
CASA, Le 27/10/2020

Cher Docteur,

L'examen de l'enfant IKHIAR YOUSSEF (8 ans) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Bilan de contrôle.

Arrêt du port de la correction.

ACUITE VISUELLE

Correction portée : sa correction.

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	7/10 f	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE(en Dioptries)

VL S/C et A/C : Orthoporie

VP S/C : $E' = 6$ à 8

A/C : $X' = 4$

Spasme OG

Motilité oculaire: Normale

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge: Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : Perception des reliefs

Synoptophore :

S/C et A/C AO = AS = 0

CONCLUSION

Orthoporie en VL, Esoporie en VP se relâche A/C

Sur le plan visuel : amblyopie relative de l'OG

Sur le plan moteur : Spasme OG.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Je propose une étude de réfraction et faire une occlusion totale sur peau de l'OD.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél : 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26

185, BD ABDELMOUMEN, RES. WALILI PARC, 2^{ÈME} ET. (STATION TRAM FACULTÉ MÉDECINE)

Tél : 0522.26.26.26/48.10.86 GSM : 0661.63.34.26 Email : ha.serraj@gmail.com

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 27/10/2020

ICE : 00180477700038

TP : 34309939

IF : 41909940

FACTURE

Nom et Prénom : IKHIAR YOUSSEF

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
TEL : 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 19/10/2020

BILAN ORTHOPTIQUE

Cher Docteur,

L'examen de l'enfant IKHIAR YOUSSEF (8 ans) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Bilan de contrôle.

Arrêt du port de la correction.

ACUITE VISUELLE

Correction portée : sa correction.

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	7/10 f	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE(en Dioptries)

VL S/C et A/C : Orthoporie

VP S/C : E' = 6 à 8

A/C : X' = 4

Spasme OG

Motilité oculaire: Normale

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge: Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : Perception des reliefs

Synoptophore :

S/C et A/C AO = AS = 0

CONCLUSION

Orthoporie en VL, Esoporie en VP se relâche A/C

Sur le plan visuel : amblyopie relative de l'OG

Sur le plan moteur : Spasme OG.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Je propose une étude de réfraction et faire une occlusion totale sur peau de l'OD.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd/ Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél : 05 22 26 26 26 - 06 61 63 34 26

185, BD ABDELMOUMEN, RES. WALILI PARC, 2^{ÈME} ET. (STATION TRAM FACULTÉ MÉDECINE)

Téléphone : 0522.26.26.26/48.10.86 Téléphone portable : 0661.63.34.26 Email : ha.serraj@gmail.com