

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
TIVER 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.

**Biologie 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.

**Ordonnance :**  
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.


**Prothèse 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- 0040014 / 2412

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 528914 ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
Matricule : 2412 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZORBA Hammani  
Date de naissance : 30-06-1950  
Adresse : A, rue n°6 RTE MEKKA 20150 CASABLANCA  
05 22 526 315  
Tél. : 06 61 18 90 38 Total des frais engagés : 3550 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : 09 DEC 2020  
Nom et prénom du malade : ZORBA HAMMANI Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : vice de réfraction  
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 : 22 / 12 / 2020

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
09 DEC 2020	FS		300,00	
	FS		50,00	
	TOTAL		350,00	

# 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

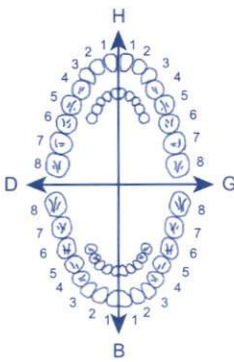
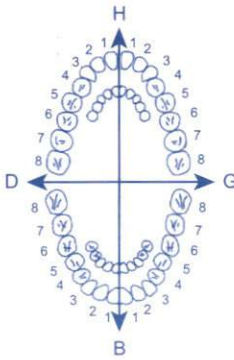
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>OPTIMOMES</b> Myriam EDDOUB Opticienne Optométriste Rue Ibnou Hazem Résidence Yasmine - Casa Tél: 022 94 42 06	09/12/2020					3200 DH

# 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 canaux, ainsi que le bilan

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><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	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"/>																						

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

**Dr Hanane MAZZOUZ**

*Ophthalmologiste*

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
القُدس كاليفورنيا

**الدكتورة حنان مزوز**

(اختصاصية في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو  
العدسات الصلبة واللبنة  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le mercredi 9 décembre 2020

Monsieur ZORBA Hammani

- Une monture avec des verres progressifs :

OEIL DROIT : (- 0,75 à 45°) Add 2,50

OEIL GAUCHE : + 0,25 (- 1,00 à 165°) Add 2,50

Monture de grande taille

Verres organiques anti-reflets

Respectez le centrage svp

PD :64,5

**OPTIMOMES**  
Myriam EDDOUIB  
Opticienne Optométriste  
Rue Ibnou Hazem Résidence  
Yasmine - Casa  
Tel: 022 94 42.06



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

facture N° 2020/526

**OPTIMOMES**

64, rue ibnou hazem  
Résidence Yasmine  
tel: 0522944906

09/12/2020

# FACTURE

\* NOM/ PRENOM : ZORBA HAMMANI  
NOM PRESCRIPTEUR: MAZZOUZ HANANE  
DATE PRESCRIPTION: 09/12/2020

Nomenclature	Quantite	Désignation produits	PU	TOTAL
	0	Monture	0	0
	1	Plan ( - 0.75 à 45° ) ADD: + 2.50 progressif organique antireflet transition	1600	1600
	1	+ 0.25 ( - 1 à 165° ) ADD: + 2.50 progressif organique antireflet transition	1600	1600
				<b>3200.00</b>

Dont TVA: 533.3333333 dhs

Arrêtée la présente facture a la somme de : Trois Mille Deux Cents Dirhams

**OPTIMOMES**  
Myriam EDDOUIB  
Opticienne Optométriste  
Rue Ibnou Hazem Résidence  
Yasmine - Casa  
Tél: 022 94 42.06

Penser à faire ajuster vos lunettes régulièrement, une visite annuelle chez votre ophtalmologiste est conseillée.

adresse: 64, Ibnou Hazem, résidence Yasmine, Casablanca, tel : 05 22 94 42 06  
RC:290962 IF:40907770 ICE:000833012000066 Patente:35806687 CNSS:8611362 INPE:095001830