

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

- Reclamation : 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

Déclaration de Maladie

N° W21-763949

145823

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1908 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAKROUN RACHID
 Date de naissance : 07/09/55
 Adresse : BD Oum Rabil - Rés. N° 28 - R. Souad Apt 1
 Tél. : 0650631007 Total des frais engagés : 2045,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHAOUI BOQAI YASMINE
Ophtalmologue
88, Rés. Colza Appt 3
Bd. Oum Rabil - Casablanca
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/10/22
 Nom et prénom du malade : CHAKROUN Mehdi Age : 60 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : cholera
 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 : Casa Le : 13/07/23

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/22 | CHALAZIEN OC | | | INP : 00000000 |
| | Frais chirurgie | 700 DH | | |
| | Frais lab | 1300 DH | | |

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 | |

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : 00000000

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

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, parodontologie 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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-763951

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1908 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKROUN RACHID

Date de naissance : 07/09/85

Adresse : 00 BOUM RABIA Rue 18 N°98 Ps. Souad Duffa Casa

Tél. : 0650630007 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2022

Nom et prénom du malade : CHAKROUN Mehdi Age : 20 ans

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

Nature de la maladie : Anesthésiste (Suite Dossier W21-763949)

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 : Casa Le : 23/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-763951

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1908

Nom de l'adhérent(e) : CHAKROUN

Total des frais engagés : 300

Date de dépôt : 13/04/23

Suite Dos. W21-763949

M

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/22 | CS CPA | 3000H | | Dr. OUSSEMA REANIMATEUR |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

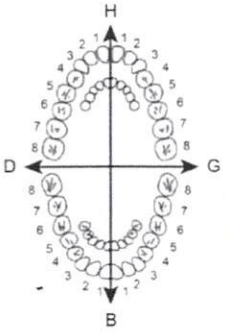
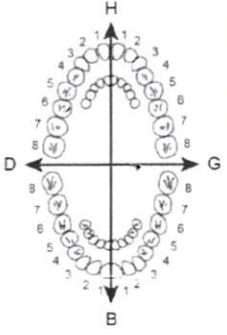
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B | | | |
| | [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

Dr. CHAOUÏ ROQAI Yasmine

Ophthalmologiste

Adultes et enfants

Ancien Ophthalmologiste à l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat

Ancien Interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplômée en contactologie de Paris



الدكتورة الشاوي رقي ياسمين

اختصاصية في طب و جراحة العيون

كبار و صغار

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

بلوم جامعي في العدسات اللاصقة باريس

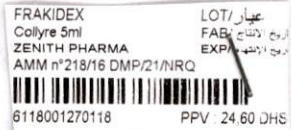


061286811

Casablanca le 26 octobre 2022

Mr. CHAKROUN MEHDI

FRAKIDEX COLLYRE



2460 1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

FRAKIDEX POMMADE

7080 1 application / jour le soir, dans l'œil gauche, pendant 15 jours



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 Casa

Dr. CHAOUÏ ROQAI YASMINE
Ophthalmologue
88, Rés. Colza Appt 3
Bd. Oum Rabil - Casablanca

88، إقامة كولزا، الطابق الأول الشقة رقم 3، شارع أم الربيع، الحي الحسني، الدار البيضاء

88, rés. Colza, 1^{er} étage appt. N°3, Bd Oum Rabil, Hay Hassani - Casablanca

☎ 05 20 39 26 46 ☎ 06 61 77 04 74 ✉ dr.ychaoui@ophthalmo-casa.ma

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 20288 / 2022 du 26/10/2022

CPA

Nom patient **CHAKROUN MEHDI**
PAYANT

Entrée 26/10/2022

Sortie 26/10/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| FRAIS CLINIQUE CPA | 1,00 | | 150,00 | 150,00 |
| | | | Sous-Total | 150,00 |
| Total Clinique | | | | 150,00 |

| | | | | |
|--|------|--|------------|--------|
| DR. BERRADA OUISSAM (anesthésiste) CPA | 1,00 | | 150,00 | 150,00 |
| | | | Sous-Total | 150,00 |
| Total Autres prestations | | | | 150,00 |

| | | |
|---|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Dr. Ouissam Berrada
Préambule

CLINIQUE AL MADINA
Facturation
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01



CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE
CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

COMPTE RENDU OPERATOIRE

| | |
|-----------------------------|---|
| MR CHAKROUN MEHDI | |
| Date d'entrée : 26-10-2022 | Diagnostic : chalazion OG |
| Date de Sortie : 26-10-2022 | Traitement : traitement chirurgicale de chalazion |

Rappel :

Opérateur : DR CHAOUI ROQAI YASMINE

Anesthésie locale

- Sous AL à la xylocaïne 2%,
- Eversion de la paupière à l'aide de la pince à chalazion,
- Incision conjonctivale en regard du chalazion
- Evacuation du contenu à la curette,
- Excision de la coque,
- Hémostase par compression,
- Désinfection Bétadine,
- Pommade antibiotique/ anti inflammatoire
- Pansement

Dr. CHAOUI ROQAI YASMINE
Ophtalmologue
88, Res. Géliza Apt 3
Bd. Oum Rabii - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

| | | |
|---|-------------------------------|---------------------|
| Nom du patient : CHAKROUN MEHDI | | Chambre : NA |
| Médecin traitant CHAOUI ROQAI YASMINE | Prise en charge PAYANT | |
| Date entrée 26/10/2022 | Date sortie 26/10/2022 | |
| Diagnostic : CHALAZION OG | | |
| | | |
| Le caissier | L'infirmier | RDV |
| Billet de sortie établi par : KINANI 26/10/2022 10:15 H2218283 | | |

Nb: Veuillez ramener obligatoirement ce billet de sortie lors de votre prochain RDV.

CLINIQUE AL MADINA
Facturation
532, Bd Pandemonique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 40 à 49 (L.G)
Fax.: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 20289 / 2022 du 26/10/2022

CHALAZION OG

Nom patient **CHAKROUN MEHDI**
PAYANT

Entrée 26/10/2022
Sortie 26/10/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | URG | 700,00 | 700,00 |
| | | | Sous-Total | 700,00 |
| Total Clinique | | | | 700,00 |

| | | | | |
|--|------|--|------------|----------|
| DR. CHAOUI ROQAI YASMINE (ophtalmologue) | 1,00 | | 1 300,00 | 1 300,00 |
| | | | Sous-Total | 1 300,00 |
| Total Autres prestations | | | | 1 300,00 |

| | | |
|---|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 2 000,00 |
| DEUX MILLE DIRHAMS | | |

CLINIQUE AL MADINA
FACULTATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 Fax: 05 22 25 00 01

Dr. CHAOUI ROQAI YASMINE
Ophtalmologue
88. Rés. Cozza Appt 3
4. Oum Rabii - Casablanca