

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0044990

149025

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEKKAT Mohamed
Date de naissance : 20 12 1936
Adresse : 32 Lotissement Sindbad A Diab Casa
sekkat.m@gmail.com
Tél. : 06 13 07 46 47 Total des frais engagés : 670,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Rachid ZAFAD
Ophthémologiste
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : SEKKAT Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
21/12/22	cs+pe	4000M		Dr. Rachid ZAFAD Ophthalmo 532, Bd Panoramique - Casablanca Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax : 05 22 25 00 01 CLINIQUE AL MADINA 532, Bd Panoramique - Casablanca Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax : 05 22 25 00 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE SINDIAD
168, L'Assommoir - CASABLANCA
Tél : 05 22 79 78 74

21/12/22

270,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

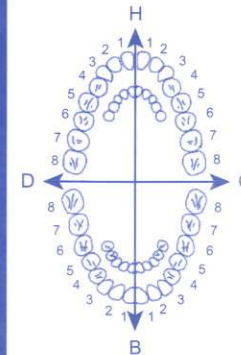
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

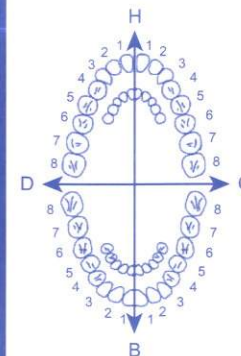
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 22L211131
Nom patient	SEKKAT MOHAMMED
Médecin	ZAFAD RACHID
Motif	CONSULTATION + FOND
Encaissement	400.00

Visa accueil
WAFAA 11:31

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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste
Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاف

إختصاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

21 décembre 2022

135,00 x 2 Mr SEKKAT MOHAMMED

1/ EOLE DUAL COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux

1.270,00



PPC: 135,00

E01 22
07/2023

LOT

PPC: 135,00

E04 23
10/2024

LOT

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 13447 / 2022 du 21/12/2022

Nom patient **SEKKAT MOHAMMED**
PAYANT

Entrée 21/12/2022
Sortie 21/12/2022

CONSULTATION + FOND

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION + FOND D'OEIL	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FAC.uration
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel: 05 22 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 75 00 01