

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 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

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

M22- 0050791

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1252 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 159538
 Nom & Prénom : JAFIR M'hamed
 Date de naissance : 01/01/1948
 Adresse : 19 Rue Kacem Amine Hay el Mohada
 Benachid
 Tél. : 06 99 45 04 64 Total des frais engagés : 2295.6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUTKHIL Maroua
Ophtalmologue
Hôpital Universitaire Intercommunal Châle Zaid
INRE : 31763234

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : JAFIR M'hamed Age : 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Circulation de l'œil
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : ACCUEIL BOU

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 les Prestations des Actes
10/02/23		C	9	<p>Dr BOUKHALIL MARIOUS</p> <p>Ophtalmologiste</p> <p>Hôpital Imbriq 307</p> <p>2023-02-14</p>

Cachet et signature du Maire

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NASROLLAH BERRECHID ot. Nasrollah N°327 - Berrechid Tel: 05 22 51 67 19	10/02/23	1732,00
Pharmacie NASROLLAH BERRECHID	10/02/23	63,60

Pharmacie NASROLLAH
Cacher du Pharmacien
ou du Fournisseur
BERRECHTID
ot. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tel : 05 22 51 67 19
Pharmacie NASROLLAH
BERRECHTID
N°327 - Berrechid
05 22 51 67 19

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Designation des Coefficients
<p>29021233</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
ure du radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
1902/233 AR	1902/233	AR	1902/233

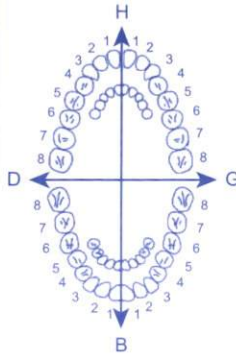
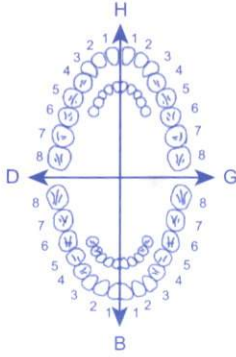
[illegible]

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.

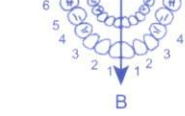
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
<div style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez 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			
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
						FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553 G	Coefficient des Travaux <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>
	B		Montants des Soins <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>
	 		Date de l'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Dr BOUTKHIL Marcoua
Ophtalmologue
Médical International Cheikh Zaid
INPE: 2012-03294

10 février 2023

Mr JAFIR Mhamed

5259,00



CICLOVIRAL CP400MG

259,00

259,00
LOT 224638
EXP 10/25
PPV 259DH00

LOT 224637
EXP 10/25
PPV 259DH00
LOT 224638
EXP 10/25
PPV 259DH00

2x147,00



01cpX2/j

THEALOSE

une goutte x 5

MA
3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

MA
3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

5x28,60

CHIBROCADRON COLLYRE

une goutte x 2 par j



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

6 118001 071425

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

6 118001 071425

Traitement pendant : 3 Mois

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC
6 118001 071425

Dr BOUTKHIL Marcoua
Ophtalmologue
Médical International Cheikh Zaid
INPE: 2012-03294

T = 1732,00

Pharmacie NASROLLAH
BERRECHID
Et. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tél : 05 22 51 67 19



Dr BOUTKHIL Maroua
Ophtalmologue
Hôpital Universitaire International Cheikh Zaïd

Rabat, le : 10/02/2023

Docteur :

M'Hamed JAFIR

26,40
- TOBREX COLLYRE

01 goutte x4/j x10jours

37,20
- Fucithalmic

01 une application le matin et le soir x10j



Pharmacie NASROUJAH
BERRECHIDJAH
ol. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tél : 05 22 51 67 9

Dr BOUTKHIL Maroua
Ophtalmologue
Hôpital Universitaire International Cheikh Zaïd
TPE: 101233334

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission / Facturation
Consultation le : 10/02/23 A

2 7:76.8200

IPP : 1 528 013 N° de dossier : A233834266

DI : 3 163 161

Patient : M'HAMED JAFIR

Montant : 500,00 Dh (cinq cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 10/02/2023

Description : ABLATION DES FILS

Medecin : E02036 BOUTKHIL MAROUA

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 2094007