

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'H
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
M23-008279

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3263 Société : 161061
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HARCHACHE BOUCHAIB
Date de naissance : 1/10/1957
Adresse :
Tél. : 0649504193 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR JIHAD SAFAA
Date de consultation : 05/05/2023
Nom et prénom du malade : Harchache Bouchaib Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cataracte OG
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) : 4/3

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
05/12/23	C1		gratuit	

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
CLINIQUE AL MADINA 532, Bd Panoramique Casablanca Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax : 05 22 25 00 01	11/12/23	210	30000

AUXILIAIRES MEDICAUX

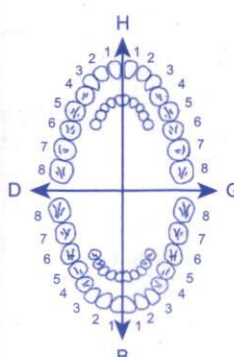
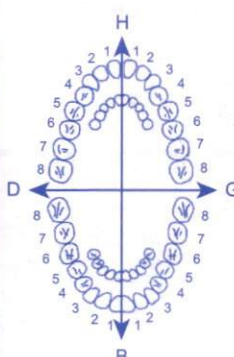
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT 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	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Jihad Safaa
Ophtalmologiste



دكتورة جهاد صفاء
إخصائية طب و جراحة العيون

Diplômée des universités de Tours -Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس
طبيبة سابقة بمستشفى الحسن

05 mai 2023

Mr HARCHACHE Bouchaib

CATARACTE OG

CPA
BIOMETRIE

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique
Casablanca
T: 05 22 17 71 40 à 49 (L.G)
X: 05 22 25 00 31

DR. JIHAD SAFAA
Ophtalmologiste
Cabinet Dr. Jihad Safaa - 532 Bd Abdelhadi Boutaleb
Casablanca - Maroc 2023/05/05 14:33:07

زاوية شارع سيدي عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

📍 Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour).Entrée A . Apt 3 .2 eme étage.



cabinet.drjihad@gmail.com



05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 11260 / 2023 du 11/05/2023

Nom patient **HARCHACHE BOUCHAIB**
PAYANT

Entrée 11/05/2023
Sortie 11/05/2023

CPA

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

DR. DAHBAOUI YAHIA (anesthésiste)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Dr. Dahbaoui yahia
Anesthésiste - Réanimateur
INPE : 061203713
Tel 05 22 77 77 40 & 49, Fax: 0522 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
532 Bd Panoramique CASABLANCA
Tel: 05 22 77 77 40 & 49
Fax: 0522 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 11259 / 2023 du 11/05/2023

Nom patient **HARCHACHE BOUCHAIB**
PAYANT

Entrée 11/05/2023
Sortie 11/05/2023

BIOMETRIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

DR. JIHAD SAFAA (ophtalmologue)	1,00			0,00
			Sous-Total	0,00
Total Autres prestations				0,00

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA