

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
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
M23-009899

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL FASSI EL FIHRI MOHAMMED
Date de naissance : 08/10/1959
Adresse : HABITUELLE
Tél : 0679382219 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2023
Nom et prénom du malade : EL FASSI EL FIHRI MOHAMMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : 04/09/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/09/23 | C-88h | | 2500dh |  |
| 04/09/23 | K10 | | 2000dh | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 4/9/2023 | 191,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 05/09/23 | ANVG | 1200,00 |
|  | 12/09/23 | bsn Angm | 1300,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

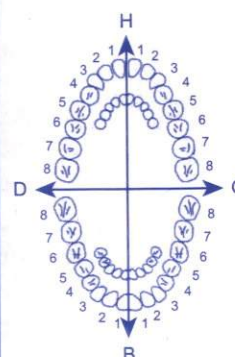
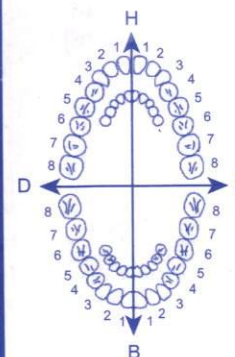
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie

Dr. Moad Dali Ahmed I.

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

أحمد عماد

جراحة العيون

بباريس

Casablanca le 04/09/2023

Monsieur ELFASSI ELFIHRI MOHAMMED

65,00 x 3 = 195,00

- OXYAL COLLYRE

1 goutte matin midi et le soir pour les deux yeux, pendant 2 mois

65,00

x

36ed

PHARMACIE LAM
Dr. Mohamed LAHLOU
28, Bis Rue Salotique Angélique
Rue de Rome Casablanca
Tél : 05 22 85 43 95
Tél : 06 00 06 07 08
RC : 318383

Dr. Moad Dali Ahmed I.
Ophtalmologiste
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance
Ben Jdia - Tél : 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42
Casablanca

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. *Muad Dali Ahmed I.*

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

05 Sep 2023

ANGIOGRAPHIE RETINOPATHIQUE

Dr EL FASSI EL FIKRI DOHAMEN

APUD Diabète

contenue exsudats visuels de long tempore suppuré
L'injecte sufflante de la plus au centre de l'infus
de la cicatrice avec aspect en comète
descendant au vent en sus maculair
et pt zone de l'infus au sous papillaire

Ob , Tumeur sous strict N°.

Angio après injecter : l'infus sufflante

Dr. **MUAD DALI AHMED IMAD**
Ophthalmologiste
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance
Ben Jdia - Casablanca - Tél.: 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. Miad Dali Ahmed I.

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بباريس

Casablanca LE 04/09/2023

CLINIQUE STENDHAL

Je vous remercie de bien vouloir
commencer à dilater Les deux yeux pour
MONSIEUR ELFASSI ELFIHRI
MOHAMMED prévue pour une
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE le
MARDI à 09h30.

Avec mes remerciements. K1.2

occ bonne pte brach lemp sup 20

Dr. Miad Dali Ahmed I.
Ophthalmologiste

Imm. Liberté Boulevard de la Résistance - Ben Jdia - Casablanca
Tél.: 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

CLINIQUE STENDHAL
33, Avenue Stendhal, CM
- Casablanca -
Tél.: 05 22 47 15 94 - Fax: 05 22 99 34 51

عمارة الحرية مدخل الأوسط ، الطابق الرابع شارع المقاومة - بن جديّة ساحة لومكر دوبراي الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 31 19 42 / 05 22 31 58 20

Imm. LIBERTÉ 4ème étage. Place Lemaigre Dubreuil - Bd Résistance - Ben Jdia - Casablanca - Tél.: 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

Email : ophta.dali@gmail.com - GSM : 07 08 29 22 24

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. Muad Dali Ahmed I.

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بباريس

Casablanca le 04/09/2023

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné certifie avoir reçu la somme de **200dh**
(DEUX CENT DIRHAMS) de la part de
MONSIEUR ELFARSSI ELFIHRI MOHAMMED
Concernant un examen de fond de l'œil au verre à
trois miroirs après dilatation au mydriaticum K10

Muad Dali Ahmed I.
Ophthalmologiste
Boulevard de la Résistance
05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42
Casablanca

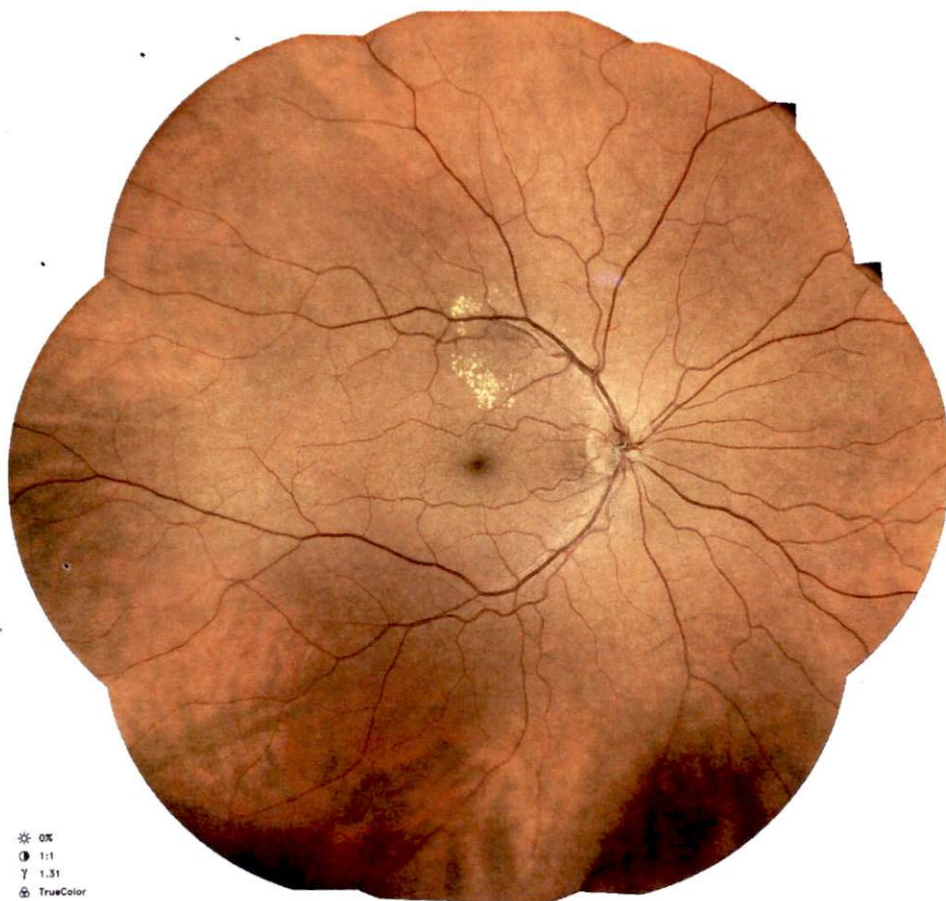
Name: **EL FASSI EL FIHRI, MOHAMMED**

Patient ID: PT230904163845

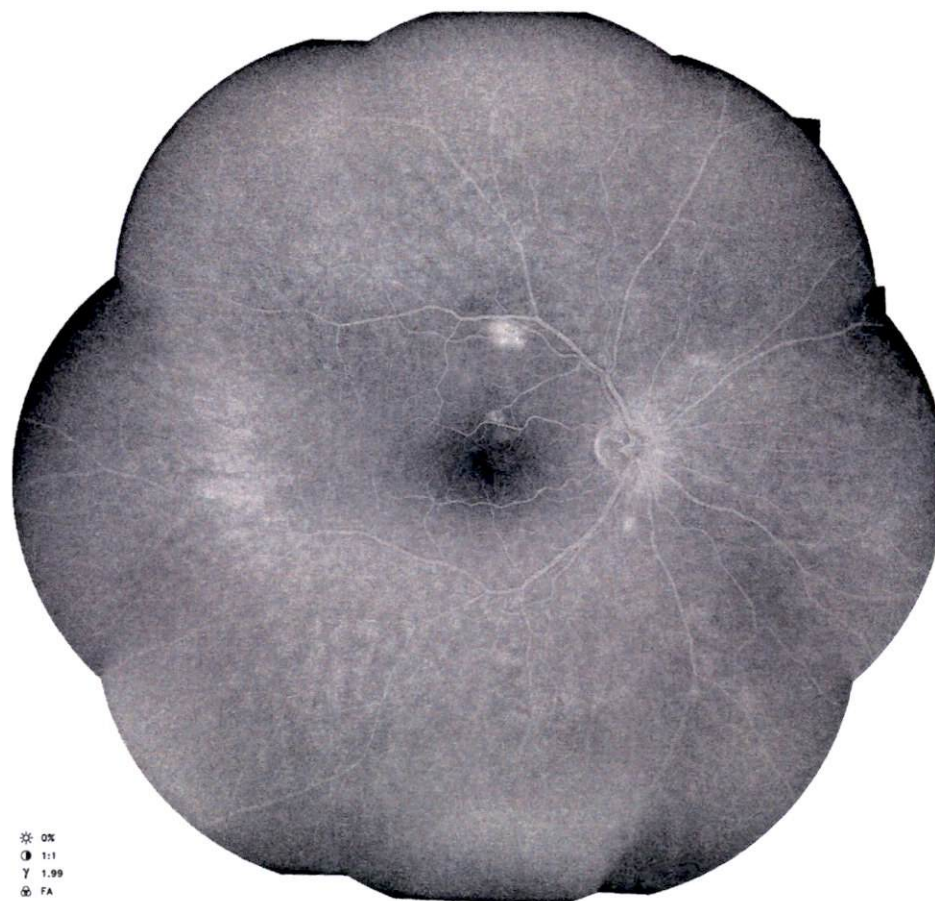
Date of birth: 1959/10/08 Gender: Male

Dr. AHAD DALI Ahmed Imad
Ophthalmologist
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance
Ben Jikra - Tel: 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42
Casablanca

OD - Mosaic
2023/09/05



OD - Mosaic
2023/09/05



Name: **EL FASSI EL Fihri, MOHAMMED**

Patient ID: PT230904163845

Date of birth: 1959/10/08 Gender: Male

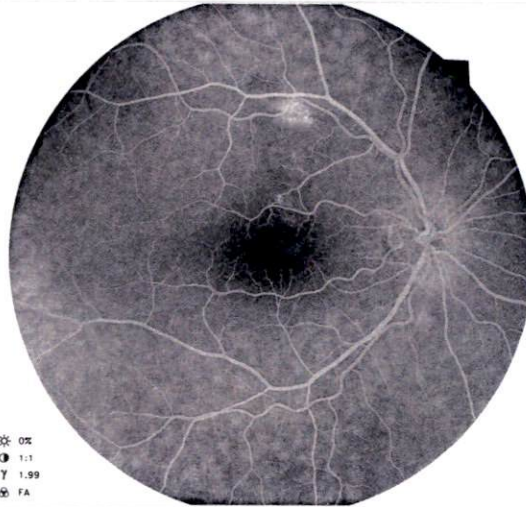
OD

Central

2023/09/05 12:36

Pupil size: 6.3 mm

Time since injection: 02:12.695



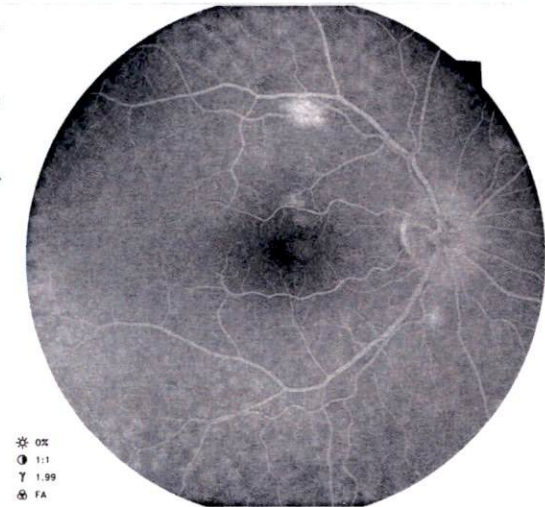
OD

Central

2023/09/05 12:38

Pupil size: 6.4 mm

Time since injection: 04:53.244



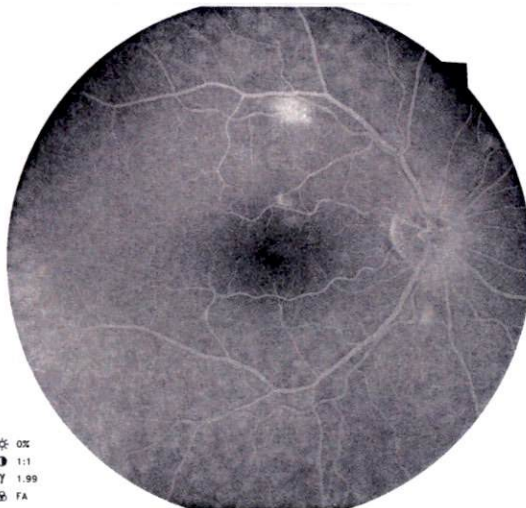
OD

Central

2023/09/05 12:39

Pupil size: 6.4 mm

Time since injection: 05:12.180



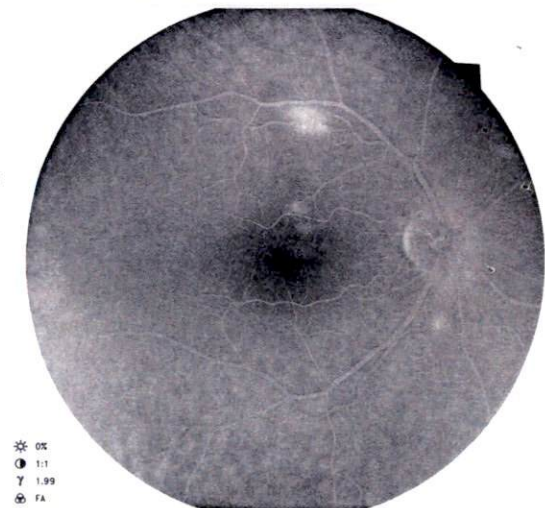
OD

Manual Fixation

2023/09/05 12:41

Pupil size: 6.3 mm

Time since injection: 07:14.723



Name: **EL FASSI EL FIHRI, MOHAMMED**

Patient ID: PT230904163845

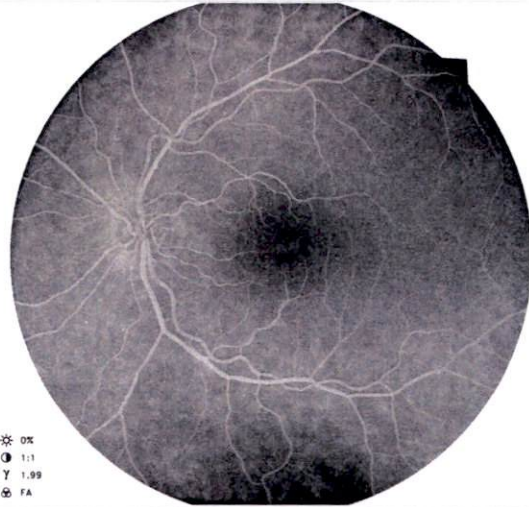
Date of birth: 1959/10/08 Gender: Male

OS
Central

2023/09/05 12:35

Pupil size: 6.3 mm

Time since injection: 01:54.083



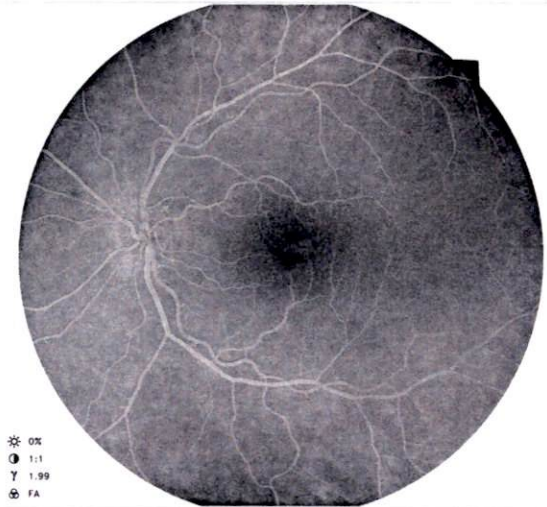
0%
1:1
Y 1.99
FA

OS
Central

2023/09/05 12:36

Pupil size: 6.4 mm

Time since injection: 02:31.774



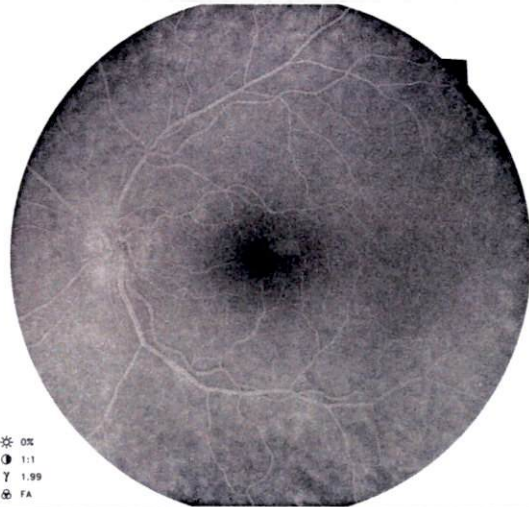
0%
1:1
Y 1.99
FA

OS
Manual Fixation

2023/09/05 12:38

Pupil size: 6.3 mm

Time since injection: 04:34.270



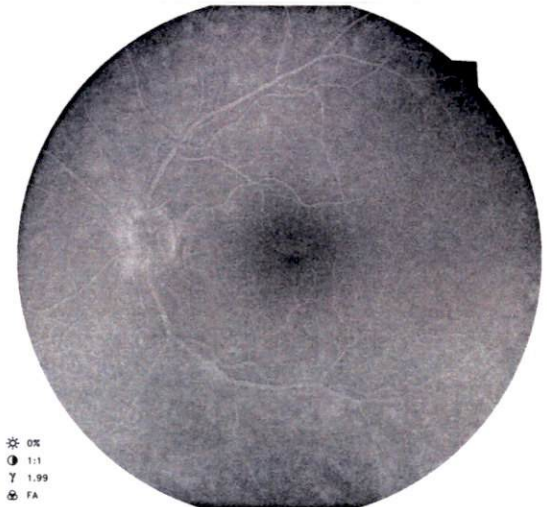
0%
1:1
Y 1.99
FA

OS
Central

2023/09/05 12:41

Pupil size: 6.3 mm

Time since injection: 07:39.383



0%
1:1
Y 1.99
FA

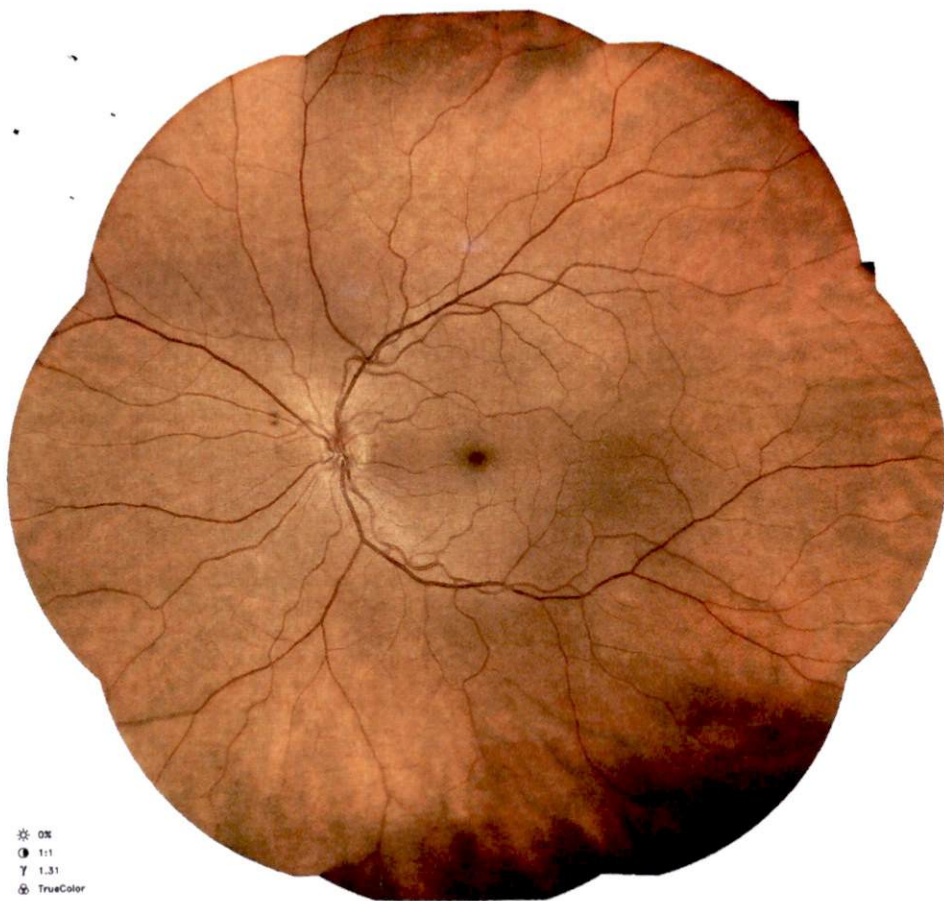
Name: **EL FASSI EL FIHRI, MOHAMMED**

Patient ID: PT230904163845

Date of birth: 1959/10/08 Gender: Male

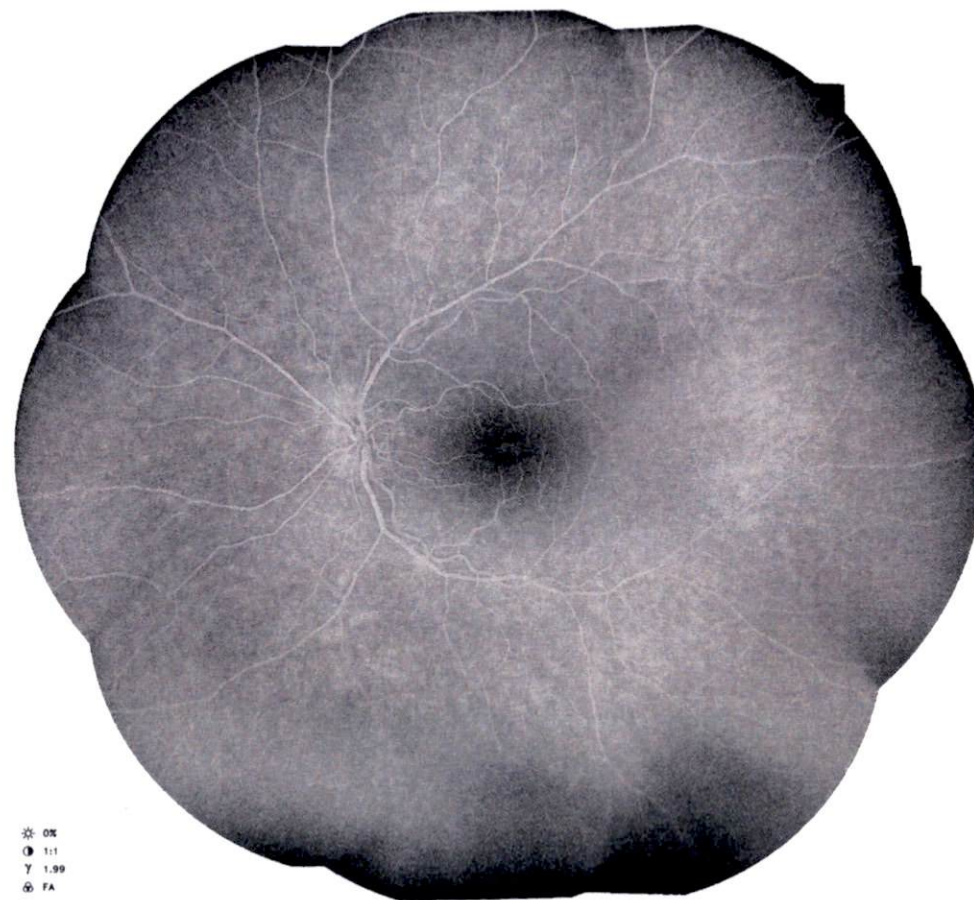
OS - Mosaic

2023/09/05



OS - Mosaic

2023/09/05



F A C T U R E

N° 9 649 / 2023 du 05/09/2023

| | | | |
|-----------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | EL FASSI EL FIHRI MOHAMMED | Entrée 05/09/2023 | Sortie 05/09/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

ANGIOGRAPHIE

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| ANGIOGRAPHIE | 1,00 | | 1 200,00 | 1 200,00 |
| | | | Sous-Total | 1 200,00 |
| Total | | | | 1 200,00 |

| | | |
|--|----------------------|-----------------|
| | Total général | 1 200,00 |
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | | |
| MILLE DEUX CENTS DIRHAMS | | |

| | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | 1 200,00 | | | | 1 200,00 | 0,00 |


CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal, CM
 - Casablanca -
 Tél : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 01754572000095
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. Moad Dali Ahmed J.

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بباريس

Casablanca LE 12/09/2023

COMPTE RENDU LASER ARGON

MONSIEUR ELFASSI ELFIHRI MOHAMMED

Nombre impacts 600 laser ARGON, au
niveau du l'œil DROIT.

Diamètre 200 mu.

Verre panoramique.

Temps 0.25s.

Traitement d'une panphotocoagulation
rétinienne.

Dr. Moad Dali Ahmed J.
Ophthalmologiste
Imm. Liberté Boulevard de la Résistance
Ben Jdia - Tél: 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42
Casablanca

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Chirurgie de Segment Antérieur et Strabisme

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

Dr. Mrad Dali Ahmed I.

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بباريس

Casablanca LE 11/09/2023

CLINIQUE STENDHAL

Je vous remercie de bien vouloir
commencer à dilater l'œil **DROIT** pour
MONSIEUR ELFASSI ELFIHRI
MOHAMMED prévue pour **un LASER**
argon le **MARDI** à **12H30**

Avec mes remerciements. k1.3

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal - CM
Casablanca
Tél : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

Dr. MRAD DALI Ahmed I.
Ophthalmologiste
Boulevard de la Résistance
Liberté - 5 22 51 58 20 / 05 22 31 19 42

F A C T U R E

N° 9 982 / 2023 du 12/09/2023

| | | | |
|-----------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | EL FASSI EL FIHRI MOHAMMED | Entrée 12/09/2023 | Sortie 12/09/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

LASER ARGON PASCAL CE

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| LASER ARGON PASCAL ŒIL | 1,00 | | 1 300,00 | 1 300,00 |
| | | | Sous-Total | 1 300,00 |
| Total | | | | 1 300,00 |

| | |
|---|-------------------------------|
| | Total général 1 300,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | |
| MILLE TROIS CENTS DIRHAMS | |
| | |

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| | 1 300,00 | | | | 1 300,00 | 0,00 |


CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal, CM
 - Casablanca -
 Tél : 05 22.47.15.94 - Fax : 05 22.99.34.51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 01754572000095
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com