

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-843323

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL QUERBI Sara
 Date de naissance : 08.01.1995
 Adresse : Lot 4 Résidence Olympe app 15 2ème étage.
 Tél. : 0639869134 Total des frais engagés : 357,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 / 04 / 2024
 Nom et prénom du malade : EL QUERBI Sara Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Ulcère intermédiaire
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Ulcère Réc
 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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Casablanca Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

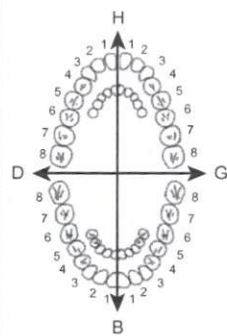
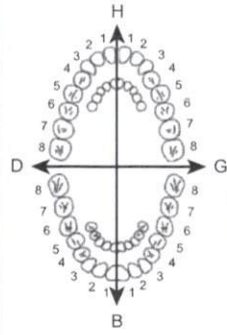
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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 |
| 06/04/24 | CS | | 300,00 | |
| 24/12/24 | | 6 | 6 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 06.04.24 | 12.10 |

| 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 | 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 : 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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | Montant des Honoraires | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

جامعي
ليخ خليفة

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

06/04/2024

El Quebi Sarah

57.10

Isolone 20 mg.



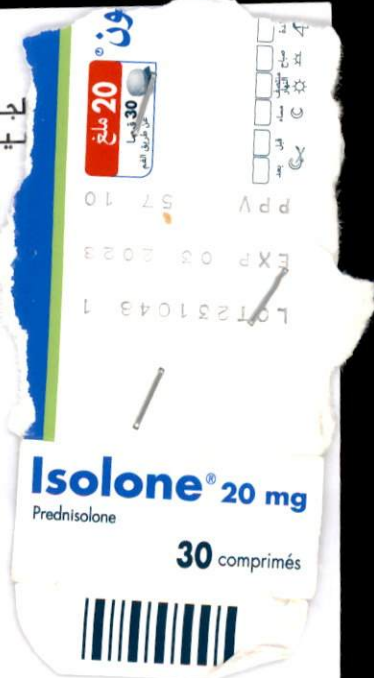
25mg / J / 1 semaine

Puis Degression par L. de 5mg
toutes les semaines

PHARMACIE TLILA
Voie d'Aménagement K.H. 47 N° H
Hay Laymans Hay Hassani
Tél 022 93.86.64 - Fax 022 93.87.15

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. BOUCSEIN RAJAA
Ophtalmologue
061322673


Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 06/04/2024

BILLET D'ADMISSION

| | | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| N° admission |  2400860501 | 24 |
| Nom patient | EL OUERBI SARA | |
| Médecin | DR. BOUBSIR RAJAA <i>Ophtalmologie</i> | |
| | Prestations CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE | |
| Encaissement | 300,00 PAYANT | Visa accueil ZOH.SAL 08:54 |

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 53 77
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061867

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 06/04/2024
Numéro : 55 223



090061862

Nom patient : EL OUERBI SARA

Médecin : DR. BOUBSIR RAJAA
Ophthalmologie

2400860501

PAYANTS

| | Montant |
|------------------------------|---------|
| CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE | 300,00 |

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 53 45
Email: contact@hck.ma
N° INP 090061862

Casablanca, le mercredi 24 avril 2024

Compte rendu de consultation ophtalmologique

| Identification du Patient | | Information sur le Séjour |
|---------------------------|-----------|------------------------------|
| Nom : | EL OUERBI | Médecin traitant : |
| Prénom : | SARA | Ophtalmologie |
| Age : | 29 ans | IPP du patient : H0124003268 |
| Sexe : | Féminin | NDA séjour : 2400869607 |

- **Contexte :**

- Suivie pour Uvéite intermédiaire bilatérale depuis novembre 2023 actuellement sous corticothérapie orale : isolone : 20mg / jr + Imurel
- Poussé d'uvéite antérieure en mars 2024 (Œil gauche)
- Corticothérapie locale (Œil gauche) arrêtée depuis 3 semaines

- **Compte rendu :**

- Œil droit :
 - Acuité visuelle à 10/10
 - Un segment antérieur calme : absence de signes d'uvéite antérieure ou de séquelles d'uvéite
 - Segment postérieur : rétine à plat, macula normal, absence de vascularite, absence de papillite, hyalite en régression par rapport au dernier examen
- Œil gauche :
 - Acuité visuelle à 10/10
 - Un segment antérieur calme : absence de signes d'uvéite antérieure ou de séquelles d'uvéite (corticoïde local arrêté depuis 3 semaines)
 - Segment postérieur : rétine à plat, macula normal, absence de vascularite, absence de papillite, hyalite en régression par rapport au dernier examen

- **Conclusion :**

Amélioration clinique, prévoir dégression de la corticothérapie orale tout en gardant le traitement immunosuppresseur de fond (Imurel) et prévoir un contrôle du fond de l'œil dans 1 mois.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240406085450ZO / .

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2400860501 | EL OUERBI SARA | 06/04/2024 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 000577 Lui-même | 300,00 |
| | Total payé | 300,00 |

Reçu établi par : ZOILSAL

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tel: 05 29 03 44 77
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@ickm.hck.ma
N°INP 090061862



مركز المعلومات

06/04/24 09:51:17
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A00000000041010
APP : DEBIT MASTERCARD
EL OUERBI /SARA.M
xxxxxxxxxxxxx1032
05/31 CARTE NATIONALE
04611E3AEB3B2928
220-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: 756556
STAN : 000577

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT