

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.

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 - Tel. : 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

N° W19-576061

47616

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1983

Matricule : 1983 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RA

Nom & Prénom : KHAIREDDINE AHMED

Date de naissance : 30/06/1944

Adresse : Résidence du Pabio, Rue Yaamine, CASA

Tél. : 06 968 13267 Total des frais engagés : 1627,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2020

Nom et prénom du malade : SABIR Malika

Age : 61 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

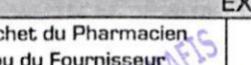
Le : 13/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

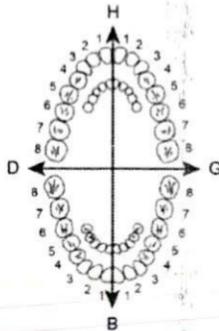
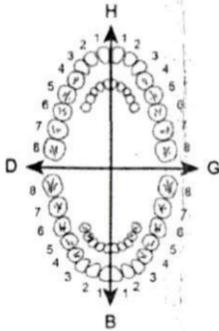


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/2020	CS		300 M.D.	INF : [Signature]
12/10/2020	CS		02	
05/10/2020	C2		300 M.D.	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/20	167,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/10/80	ECHO	500 DA
	07/10/80	G 250 f	360,20

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES													
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.</p>													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 									
					<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></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="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> D G </div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">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 style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

CASABLANCA LE: 18/10/2020

Traitement post opératoire de la chirurgie vitréo -RétinienneNOM DU PATIENT : SABILI MALIKA

ICOMB Collyre

1 goutte 5 fois/jour, pendant 1 semaine
puis
1 goutte 3 fois/jour, pendant 5 semainesأيكومب
Icomb®Lot: W N 0 2 1 7
Fab: 12 19
Exp: 12 21

PPV: 30 DH 30

ICIN

1 goutte 4 fois/jour, pendant 5 jours

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3,5G
Boîte de 1 tube PPV: 54,40 DHS
Laboratoires Sothema, Bouakora
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ

TOBRADEX pommade

1 application/jour, pendant 5 jours

6 118001 070002
69020-4

SPECTRUM 250mg

1 cpx 2/jour, pendant 5 jours

Rondelles oculaires

LOT 190163
EXP 01/2022
PPV 55.00 DHNB / Se présenter le lendemain matin après l'opération pour le contrôle
Ne jamais arrêter le traitement sans avis médicalأيسين
Icin®Lot: W N 0 0 8 7
Fab: 12 19
Exp: 12 21

PPV: 27DH50

PHARMACIE IBN NAFIS
28. Avenue du 2 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 27 31 69Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitreo - rétinienne



مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

ORDONNANCE

05 octobre 2020

Mme SABILI MALIKA

Echographie oculaire B

CPA

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

FACTURE

N° : 8343 B / 2020 du 06/10/2020

CPA

Nom patient **SABILI MALIKA**
PAYANTEntrée 06/10/2020
Sortie 06/10/2020

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. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS				

CLINIQUE AL MADINA
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01/02

AL MADINA

Nom. patient: SABILI

Age:

ID: MALIKA

Opérateur: DR ZAFAD

Pré-réglage Bio: PROBE CHECK

Pré-réglage Pachy: Dr Zafad

05 oct. 2020

L MADINA

ACHID

PALMIERS - 20100 CASABLANCA - MAROC

ix: 0522250001 - Email:

N° de dossier:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Date d'examen: 05 oct. 2020

OD/Œil Droit

TA: 0.00

K1: 44.00

K: 44.00

LA MOY: 22.83

ET: 0.00

K2: 44.00

CA:

1er

LIO: Visifold P

Formule: SRK-T

A: 118.00

Emmetropie: 21.62

PUIS. LIO Réfraction

19.50	1.49
20.00	1.14
20.50	0.79
21.00	0.44
21.50	0.09
22.00	-0.28
22.50	-0.64
23.00	-1.01
23.50	-1.38

2nd

LIO: SN60AT P

Formule: SRK-T

A: 118.40

Emmetropie: 22.13

PUIS. LIO Réfraction

20.00	1.47
20.50	1.13
21.00	0.79
21.50	0.44
22.00	0.09
22.50	-0.26
23.00	-0.62
23.50	-0.98
24.00	-1.35

3ème

LIO: MA60MA P

Formule: SRK-T

A: 118.90

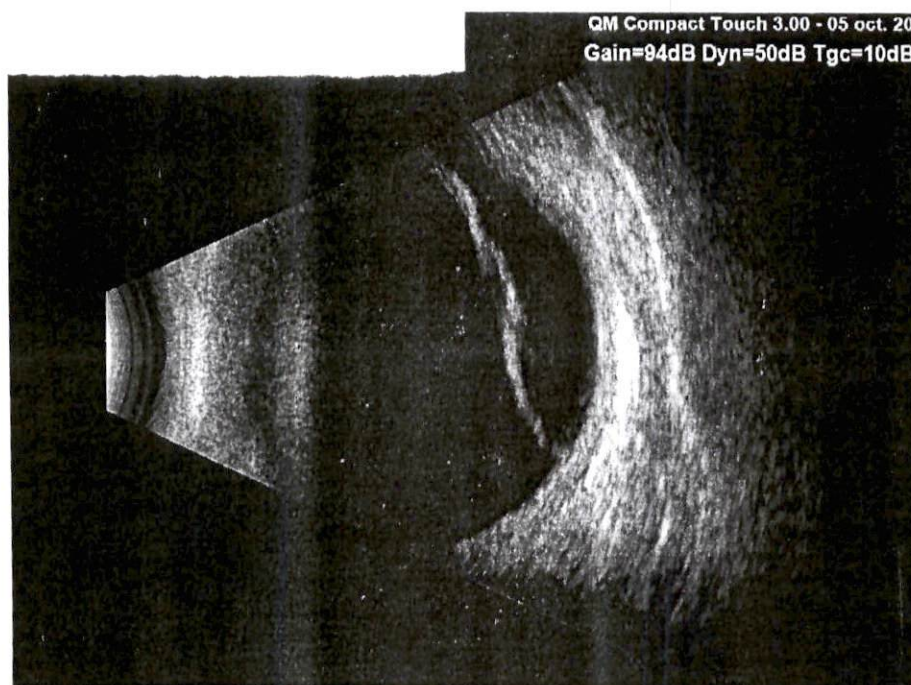
Emmetropie: 22.79

PUIS. LIO Réfraction

21.00	1.21
21.50	0.88
22.00	0.54
22.50	0.20
23.00	-0.14
23.50	-0.49
24.00	-0.84
24.50	-1.20
25.00	-1.56



Date d'examen: 05 oct. 2020



Docteur ZAFAD RACHID

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de médecine de Paris VII

Chirurgie vitréo-rétinienne

الدكتور زفاف رشيد

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

Casa-le 05/10/2020

COMPTE RENDU : ECHOGRAPHIE OCULAIRE

Patient : SABILI MALIKA.

➤ Œil droit:

❖ Echographie (B) :

- Globe : Contour et morphologie réguliers.
- Cristallin : Hyperechogène.
- Rétine : Décollement de rétine.

➤ CONCLUSION:

- CAT+ DR + PVR DE L'ŒIL DROIT

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

F A C T U R E

N° : 8334 B / 2020 du 05/10/2020

ECHOGRAPHIE

Nom patient **SABILI MALIKA**
PAYANTEntrée 05/10/2020
Sortie 05/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS				

CLINIQUE AL MADINA
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01/02

مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 07-10-2020

Mme SABILI Malika

FACTURE N° A201000172

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
trois cent soixante dirhams



Casablanca, le : 06/10/2022

Nom / Prénom : SAGILI NAZIK A

Age : 61 ans

Renseignements cliniques :

☒ GLYCEMIE A JEUN☒ UREE☒ CREATININE☐ BHE☒ NFS☒ PLAQUETTES☐ VS☒ TP☒ TCK☐ GROUPAGE☐ HEMOGLOBINE GLYQUEE☐ SEROLOGIE HBS☐ SEROLOGIE HCV☐ SEROLOGIE HIV☐ AUTRE :