

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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

N° P19- 050777

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYALHA ABDEERRAFIH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LIS FLORIDA - Gdi MAAROUF

0665200356 CASABLANCA

Tél. : 0665200356 Total des frais engagés : 3232,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. AYAM**  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Rapides - Casa  
Tél. : 0522 25 71 71 (5 lgs) - Fax : 0522 25 11 15

Date de consultation : 29 / 01 / 2021

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Injection intra vitreuse de l'œil droit

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 : 29 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
27/01/2021	Voir facture N° 124/2021			
		Sol: 2970,00		

Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 25 71 71 (5LG) - Fax: 0522 25 11 15

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
173, Bd. El Hira Lot Errabil  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

27/01/2021

262,60

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

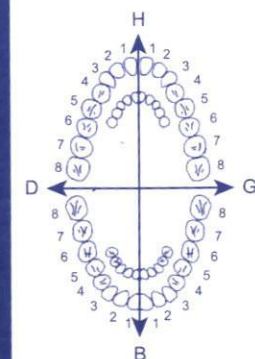
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدكتور البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 27 01 21

## ORDONNANCE MEDICALE

Concernant M. BENYAHIA

MODERATE

40.40

- **EXOCINE Collyre**  
1 goutte 4 fois par jour

58.20

- **INDOCOLLYRE**  
1 goutte 4 fois par jour

164.20

- **COSOPT Collyre**  
1 goutte 2 fois par jour

262.60

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml

ZEBITH PHARMA  
PPV : 58.00 DHS  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبارة: H5811  
FAB/تاريخ الإنتاج: 02-2020  
EXP/تاريخ الانتهاء: 07-2021

LOT T020107 1  
EXP 02 2022  
PPV 164.20 DHS

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
173, Bd. El Hraa Lot Errabii  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA  
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél.: 0522 25 71 71/25 11 15

Docteur  
J. ZAIM  
Ophtalmologiste

Traitement œil .....

Urgence 24/24





Casablanca le : .....

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

**Nom & Prénom** : MR BENYAHIA ABDERRAFIE  
**Date de l'intervention** : 27.01.2021  
**Chirurgien** : DR ZAIM JAMAL  
**Anesthésiste** : Dr Adil EL KASRI  
**Diagnostic** : Injection intra vitréenne OD

- Asepsie rigoureuse à la Bétadine.
- Repérage du site d'injection à 4mm du limbe supérieur.
- injection

**Dr J. ZAIM**  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons - Oasis - Casa  
Tél : 0522 25 71 71 (LG) - Fax : 0522 25 11 15

**Urgence 24/24**

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux  
Laser Angiographie Lentilles de contact  
022.25.71.71 /022.25.11.15

## F A C T U R E

N° 124 / 2021 du 27/01/2021

Nom patient	BENYAHIA ABDERRAFIE	Entrée 27/01/2021	Sortie 27/01/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		1 485,00	1 485,00
			Sous-Total	1 485,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 485,00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. ZAIM JAMAL (ophtalmo)	1,00	k40	1 485,00	1 485,00
			Sous-Total	1 485,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>1 485,00</b>

	<b>Total général 2 970,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS	

Encaissements		<b>Chèque</b>			<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
		<b>2 970,00</b>			<b>2 970,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : BMCI/

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, Rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

**OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA**

Maladies et Chirurgie des-yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

## Reçu de caisse

N° : 2101271210280110 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
222/21	BENYAHIA ABDERRAFIE	27/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI	2 970,00
PAYANT	Total payé	2 970,00
DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS		

Reçu établi par : RETINE

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, Rue des Passions OASIS  
Casablanca  
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15