

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

itique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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 - 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° M20- 0006964

83219

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHERIF TAYEB**

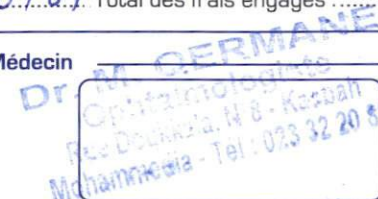
Date de naissance : **21.01.1950**

Adresse :

Tél. : **0661250185** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : **CHERIF TAYEB** Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **glaucome**

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) :

VOLET ADHERENT

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
16 AOUT 2021	22080050		gratuit	
13/08/2021	22080050		2000 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
Dr. HELZY Hicham Chragui Sahel Old Hriz Berrechid - Tél: 07 07 05 12 30	16/08/2021	818,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

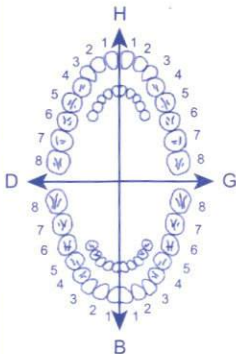
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

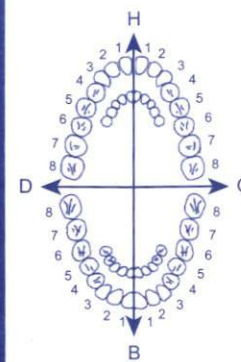
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. QERMANE



OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

16/08/2021

Mohammedia , Le: المحمدية في

الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسل

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

CHERIFI TAYEB

102,10 x 6 / 612,60

LATANO JP 1 GOUTTE SOIR 21 H 6 MOIS

75,70

* ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois/jour 1 mois

139,00

HY FRECH COLLYRE 1 GOUTTE 2 F/J

TOTAL = 818,30

2 PHARMACIE CHRAGUI

Dr. HELZY Hicham

Chragui Sahel Old Hrit

Berrechid - Tél: 07 07 05 12 30

زنگة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

HyFresh

Lot:

Fab:

Exp:

PPC: 130 DH 00

6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Cylindre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني للأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

المحمدية في : , Le : Mohammedia

19 JUL 2021

CHERIFI TAYEB

OCT papillo macula

Dr. M. QERMANE
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89
Mohammedia - 36000

زقة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100183609

F A C T U R E

N° 8 456 / 2021 du 13/08/2021

Nom patient : **CHERIFI TAYEB**

Entrée 13/08/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/08/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
OCT papillaire et cellules ganglionnaire	1,00	K0037	1 000,00	1 000,00
OCT MACULAIRE	1,00	K0037	1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	2 000,00
Total Frais Clinique				2 000,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
DEUX MILLE DIRHAMS	Total	2 000,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		2 000,00		2 000,00	0,00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Exploration Adulte
090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

210813100334K.

COMPTE RENDU OCT

PATIENT : CHERIFI TAYEB

13/08/2021

Age : 71 ans

Médecin traitant : GENERAL

- **ANTECEDENT:** HTA
- **Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :**
 - OD :107 μm
 - OG :105. μm
- **Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en camembert :**

Temporal OD/OG : 92./... 89..
Supérieur OD/OG :119 /... 116..
Nasal OD/OG: 90/78
Inferieur OD/OG: ...128./...135...
- **Rapport C/D :** OD : 0.38...OG :... 0.62

Pr. Loubna MOUHIB
Ophthéalmologue
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI - Bouskoura
INPE: 091261800



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

210813100334K.

COMPTE RENDU OCT

13/08/2021

PATIENT : CHERIFI TAYEB

Age : 71 ans

- **ANTECEDENT:** HTA
- **OPÉRATEUR:**

- présence d'une membrane épimaculaire
- léger épaissement en nasal a droite et temporal à gauche
- Entonnoir fovéolaire conservé
- Absence de DSR et/ou de DEP
- Hyper réflectivité normale du complexe Bruch-EP

Pr. Loubna MOUHIB
Ophtalmologiste
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI - Bouskoura
INPE: 091261800