

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-687106

109381

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 53410 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUARI BOUCHAIB

Date de naissance : 1953

Adresse :

Tél. 0663517268 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 / 21/2022

Nom et prénom du malade : MOUARI BOUCHAIB Age :

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

Nature de la maladie : Cataracte OG

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) :

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
21/02/2022		Frais Clinique	4.000,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 532, Bd de la République Tél : 06 72 56 82 94 SOS - 112 SOS-112 SOS - 112 SOS-112 SOS - 112 SOS-112
	cataracte	Frais Médecin	4.000,00	
	OG			

[illegible]

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

[illegible]

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	INP : <input type="text"/>								
				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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25633412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25633412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHAHID Bouchra

Ophtalmologiste

Diplômée de l'Université de Lyon (France)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser phacoemulsification

Correction de la Myopie par lasik

Diplôme Universitaire de Contactologie
et Biomatériaux



الدكتورة شهيد بشري

اختصاصية في طب العيون

خريجة جامعة ليون (فرنسا)

عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون

أمراض وجراحة العيون بالليزر

علاج قصر البصر باللازك

Casablanca, le 21/2/2022 في الدار البيضاء.

pli confidentiel

Cataracte du 11^{er} gauche

Cure de la cataracte par phaco +

implant K130

1 journee

Dr. Bouchra CHAHL

Ophtalmologiste

Hay Tarik Pte 40 N° 22

Sidi Bernoussi - Casablanca

Tel : 05 22 75 04 35

حي طارق - زنقة 40 - رقم 22 - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 04 35

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE : 001707296000027

Dr. CHAHID Bouchra

Ophtalmologiste
Diplômée de l'Université de Lyon (France)
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des yeux
Laser phacoemulsification
Correction de la Myopie par lasik
Diplôme Universitaire de Contactologie
et Biomatériaux



الدكتورة شهيد بشاري

اختصاصية في طب العيون
خريجة جامعة ليون (فرنسا)
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون
أمراض وجراحة العيون بالليزر
علاج قصر البصر باللازك

Casablanca, le 21/2/22 في الدار البيضاء،

Note d'honoraires

Le Docteur CHAHID BOUCHRA présente
à M^{me} MAARIF BOUCHAIB. Sa note
d'honoraires pour chirurgie de la cataracte
du œil gauche

Les Frais d'honoraires s'élèvent à la
somme de # 40000 # DHS

Dr. Bouchra CHAHID
Ophtalmologiste
Hay Tarik Rue 40 N° 22
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél: 05 22 75 04 35

حي طارق - زنقة 40 - رقم 22 - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 75 04 35

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE :001707296000027



FACTURE

N° : 3210 / 2022 du 21/02/2022

CATARACTE OG

Nom patient **MOUARID BOUCHAIB**
PAYANT

Entrée 21/02/2022

Sortie 21/02/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		4 000,00	4 000,00
			<i>Sous-Total</i>	4 000,00
Total Clinique				4 000,00
DR. CHAHID BOUCHRA (ophtalmo)	1,00	K	4 000,00	4 000,00
			<i>Sous-Total</i>	4 000,00
Total Autres prestations				4 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				
HUIT MILLE DIRHAMS				
Total				8 000,00
				0,00

Dr. Bouchara CHAHID
Ophtalmologiste
Hay Tahar, Casablanca
N° 40 N° 22
Sidi Berrouj, Casablanca
Tel: 05 22 75 04 35

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd. Panoramique, Casablanca
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (L...)
Fax: 05 22 25 00 01



CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE
CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MOUARID BOUCHAIB	
Date d'entrée: 21/02/2022	Diagnostic : Cataracte OG
Date de Sortie: 21/02/2022	Traitement : CURE E CATARACTE PAR PHACO

Rappel :

Opérateur : DR CHAHID BOUCHRA

Anesthésie locale

Intervention :

Cataracte OG

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux de 3 mn.
- Pose d'un champ autocollant stérile.
- Désinfection de la conjonctive à la Bétadine ophtalmologique.
- Incision cornéenne supérieure tunnel Isée de 2,4mm.
- Capsulorhexis.
- Hydro dissection.
- Incision porte de service.
- Phacoémulsification en croix.
- Ablation des masses.
- Aspiration du 0 viscoat.
- Incision auto étanche.
- Pommade antibiotique/anti inflammatoire.
- Pansement.

Dr. Bouchra CHAHID
Ophtalmologue
Hay Farik N° 22
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél: 05 22 75 04 35

CLINIQUE AL MADINA
FACULTATION
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 21/02/2022 **Heure** 07:08

Nom et Prénom du patient Mr MOUARID BOUCHAIB

Age ou Date Naissance 70 - 08/10/1953

N° Cin du patient ou du tuteur B183868

Adresse HAY QODS RES EL FAJR IMM KORONFOL NO 3 BERNOUSSI

Téléphone 0663517268

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant CHAHID BOUCHRA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

Motif d'hospitalisation CATARACTE OG

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 21/02/2022

Heure 09:46

Durée d'hospitalisation (jours) 1

Nom et prénom du signataire

Signature