

## 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 - 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° W21-602025

132213

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAÏSSA Ahmed

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : habituelle

Tél. : 06 71 92 70 04 Total des frais engagés : #1045,82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 & 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

Date de consultation : 27/09/2019

Nom et prénom du malade : Benaïssa Ahmed

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

Nature de la maladie : Membrane

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) :

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
27/09/2022	cafe	400	DINA	INP : 09/1139790

**QUE AL MADINA**  
**Dr. Rachid ZAFAD**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
 535, Bd Panoramique - Casablanca  
 Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
 Fax : 05 22 25 00 01

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/09/2022  
 645,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

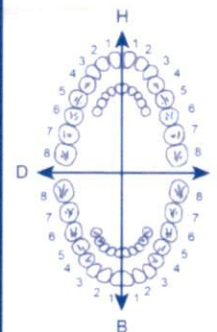
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

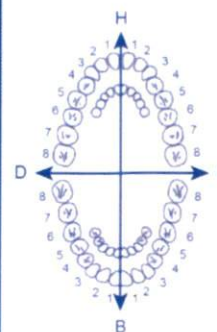
(Création, remont, adjonction)  
 Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

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



**Docteur Rachid ZAFAD**

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris VII  
Chirurgie Vitéo - rétinienne



مصحة المدينة  
CLINIQUE AL MADINA

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

~~Pharmacie Mo~~ sad  
93, Lot Bauchra pour 100  
Sidi Maârouf - Casab nca  
Tél: 0522 82 19

## ORDONNANCE

27 septembre 2022

**Mr BENAÏSSA AHMED**

68,00 x 3  
1/ DICLOCED

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 3 mois

147,00 x 3  
2/ THEALOSE

1 goutte 3 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux

7 = 645,00  
**CLINIQUE AL MADINA**  
(FACTURATION)  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophthalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01



VR2762C10MAR/0919

MA



3662042003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH



VR2762C10MAR/0919

MA



3662042003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH



VR2762C10MAR/0919

MA



3662042003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH



DICLOCED 1 mg/ml

Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6118001101948

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

DICLOCED 1 mg/ml

Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6118001101948

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

DICLOCED 1 mg/ml

Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6118001101948

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



**Docteur . Hamid FARAH**

**Ophtalmologiste**

Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme  
Voies Lacrymales - Angiographie  
Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef



**الدكتور . حميد فراح**

**أخصائي أمراض و جراحة العيون**

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات الاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف

Casablanca, Le

26 SEP. 2022

الدار البيضاء في

BENATISSA Ahmed,

Membrane épithéliale.

M. Consulté Dr ZAFAR  
R. B. H. H.

Chp AL MOKHTAR A.  
307 parrainé  
C. H. H.

Docteur Hamid FARAH  
Ophtalmologiste  
24 Oum Errabii Rue 50 N° 3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél: 05 22 93 29 91

Bd OUM Errabii - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91

شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91



# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : 9287 / 2022 du 27/09/2022

CONSULTATION + FOND

Nom patient **BENAISSA AHMED**  
**PAYANT**

Entrée 27/09/2022

Sortie 27/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION + FOND D'OEIL	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

**Total 400,00**

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



**CENTRE  
MONETIQUE  
INTERBANCAIRE**

**ACHAT**

27/09/2022 09:11:04

9900636219

96362101

CLINIQUE AL MADINA

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

**BENAISSA/AHMED.MR**

\*\*\*\*\*2825

05/23 CARTE NATIONALE

F322F604074FF0E7

220-0-9999-1-44

**MONTANT: 400.00 MAD**

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 0A8511

STAN : 002906

**DEBIT**

**Le CHI vous remercie**

---

TICKET A CONSERVER

Copie Client