

# 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 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

- 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 Etape Anas Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W21-767211

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ At

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03045 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAMALI ALI

Date de naissance : 01/11/1960

Adresse : 7 rue Georges Soud ART 5  
MARRAKECH

Tél. : 0661332262 Total des frais engagés : # 4580

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2022

Nom et prénom du malade : Comecte opticien Age :

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

Nature de la maladie : ICAMALI

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

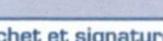
Fait à : CASA Le : 07/11/22

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
17 10 2022	Cus		300,00 115	INP : 091 015 479 

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/10/22	Unin facture	1200,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
 <b>Zobir ISMAIL</b> Opticien - Optométriste 58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55) ablanca- Tél/Fax: 05.22.22.16.30	26-10-22					3080

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="text-align: center; margin-bottom: -10px;"><b>H</b></div> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;"><b>D</b></td> <td></td> <td style="padding: 0 10px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">35533411</td> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>		25533412		21433552	00000000		00000000				<b>D</b>		<b>G</b>	00000000		00000000	35533411		11433553	<b>B</b>			
25533412		21433552																						
00000000		00000000																						
<b>D</b>		<b>G</b>																						
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
<b>B</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 L'EXEC

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

17/10/2022

Casablanca, le :

**KAMALI Ali**

DE LOIN Organiques

Oeil Droit :  $(106^{\circ} -1,00) + 0,75$

Oeil Gauche :  $(66^{\circ} -2,50) + 0,50$

DE PRES Organiques

Oeil Droit :  $(106^{\circ} -1,00) + 3,25$

Oeil Gauche :  $(66^{\circ} -2,50) + 3,00$

  
**Zobir ISMAIL**  
Opticien - Optométriste  
58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)  
Casablanca- Tél/ Fax: 05.22.22.16.30

  
Dr. Adil Wahidy  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen  
2ème étage N°211  
Casablanca

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الطرامواي عبد المومن  
الهاتف : 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

# FACTURE

0001406

Ordonnance de Docteur : .....

Client ; M : KAMALI ALI

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION		
	LOIN	PRES
O.D	407	408
O.G	414	415

DESCRIPTION		
Qté	Désignation	Montant TTC
1	MONTURE	2300 -
2	VERRES : organiques Durs : zutireflex	380 -
2	verres : organiques Blancs pour la vision de près	800 -
TOTAL TTC		3080 -

Arrête la présente Facture à la somme de:

- Trois mille quatre vingt dix -

  
**Zobir ISMAIL**  
 Opticien - Optométriste  
 58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)  
 Casablanca- Tél/Fax: 05.22.22.16.30

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

Casablanca, le :

17/10/2022

**KAMALI Ali**

Rendez - vous le :

A la Clinique de

pour une angiographie rétinienne en fluorescence, après avoir instillé :

- Les pupilles seront dilatées et la vue de loin risque d'être troublée.
- La conduite automobile n'est alors plus possible.

**Dr. Adil WAHIDY**  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05 22 86 14 18 - GSM : 06 44 05 49 05

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الطرامواي عبد المومن  
الهاتف : 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

**CLINIQUE BELLE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M, KAMALI ALI

Séjour : Du 18/10/2022 au 18/10/2022

**FACTURE**

202203330

Du : 18/10/2022

Etablie par : E. BADIA

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCEINIQUE	1	1 200,00	1 200,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 200,00</b>

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

	<b>Patient</b>
<b>Total TTC</b>	1 200,00

Clinique Belle Ville  
391, Bd GHANDI, Casablanca  
Tél : 05 22 23 30 30 - Fax : 022 99 30 26 - GSM : 06 61 33 39 99  
I.C.E : 002868326000095 - Patente : 34751012 - Identifiant fiscal : 50560151- RC : 519395 - CNSS 2832333

## CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

### BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2205687

NOM DU PATIENT M. KAMALI ALI

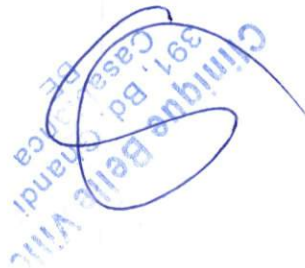
MÉDECIN TRAITANT WAHIDY ADIL

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 18/10/2022

DATE DE SORTIE 18/10/2022



**CLINIQUE BELLE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
Casablanca

<b>NOM DU PATIENT : M. KAMALI ALI</b> <b>DATE DE NAISSANCE : 01/11/1960</b>	<b>Sejour : Du 18/10/2022 au 18/10/2022</b>
	
Reçu N°: 6105	
Paielement du 18/10/2022 11h23	
<b>Montant</b>	<b>1 200,00 Dh</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>TPE</b>

Imprimé par : **ELDAHBI KHADIJA** Le 18/10/2022 11h25

**Clinique Belle Ville**  
391, Bd. Ghandi  
Casablanca  
BE

Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

CLINIQUE BELLE VILLE  
Ophtalmologie

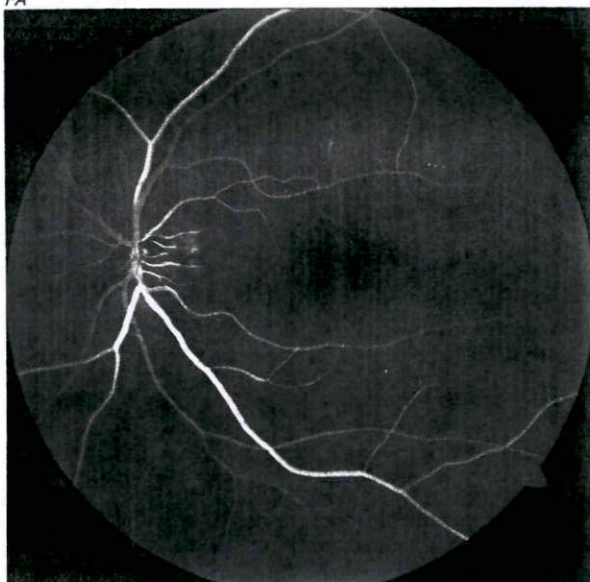
Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

KAMALI, ALI  
01/11/1960



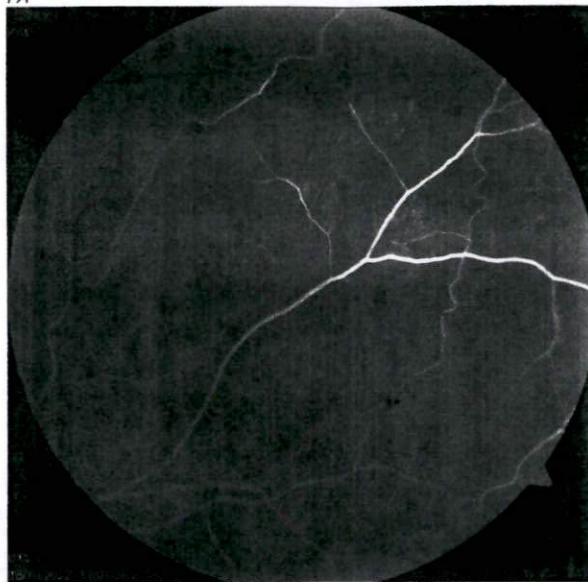
FA 0:57.6 OS 45° 18/10/2022

FA



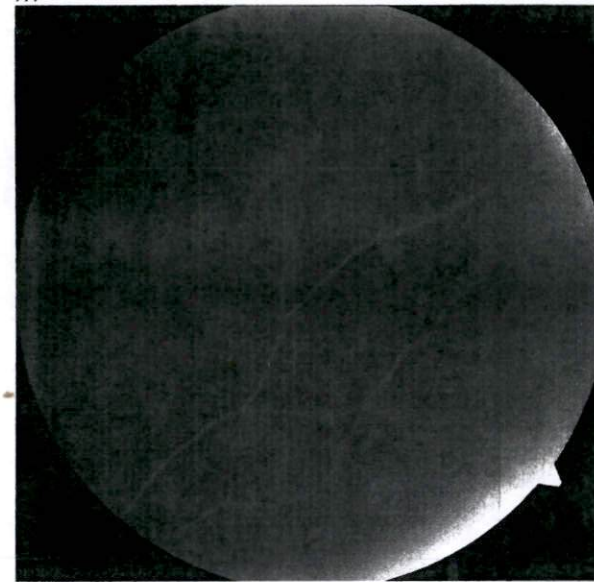
FA 2:20.8 OS 45° 18/10/2022

FA



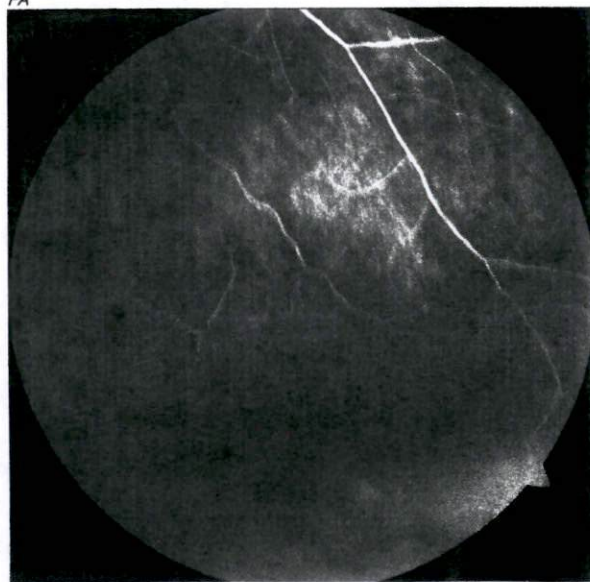
FA 2:43.2 OS 45° 18/10/2022

FA



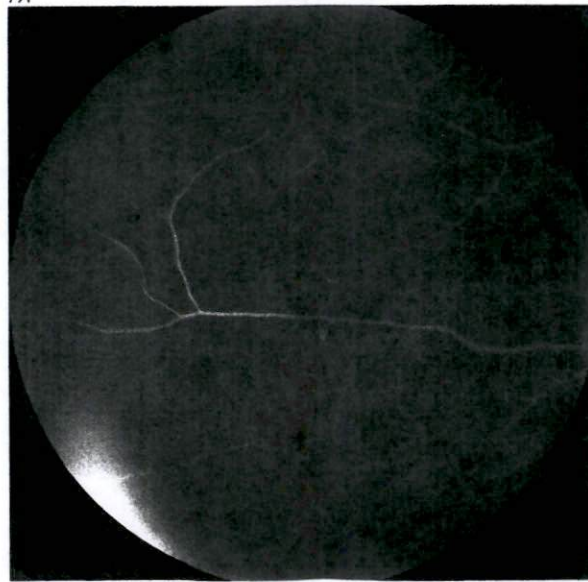
FA 3:16.3 OS 45° 18/10/2022

FA



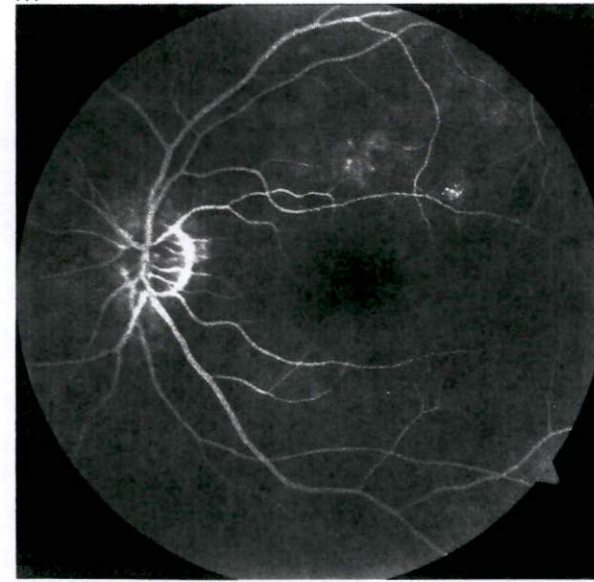
FA 3:29.1 OS 45° 18/10/2022

FA



FA 3:51.9 OS 45° 18/10/2022

FA



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

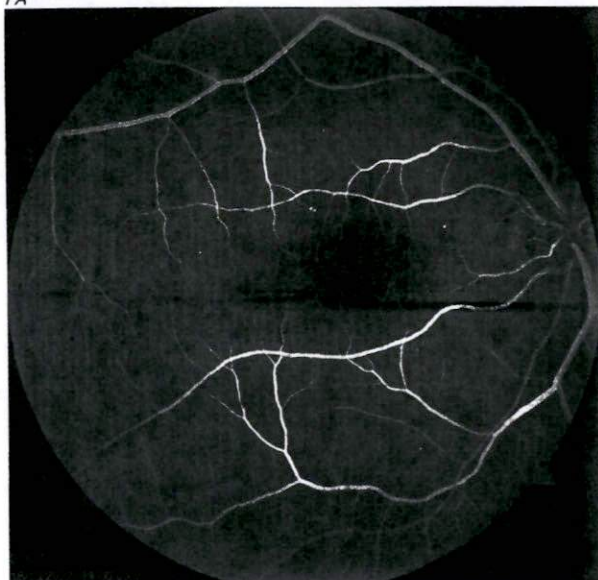
CLINIQUE BELLE VILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

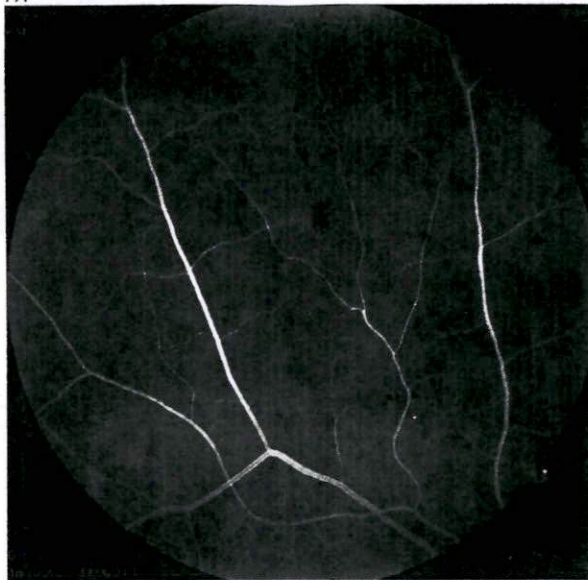
KAMALI, ALI  
01/11/1960



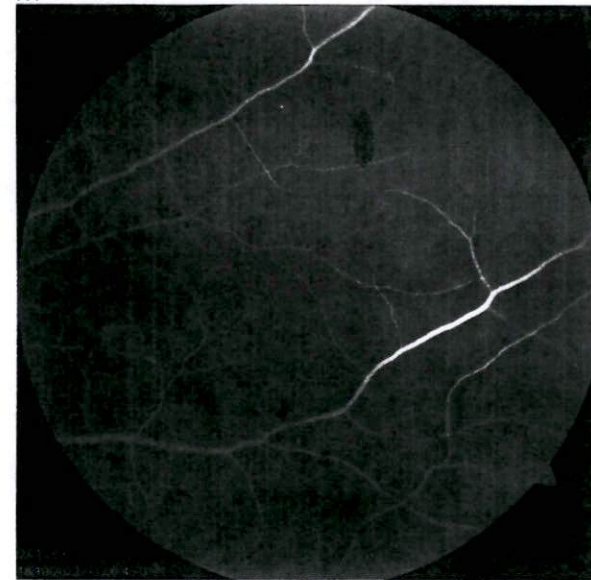
FA 0:45.5 OD 45° 18/10/2022  
FA



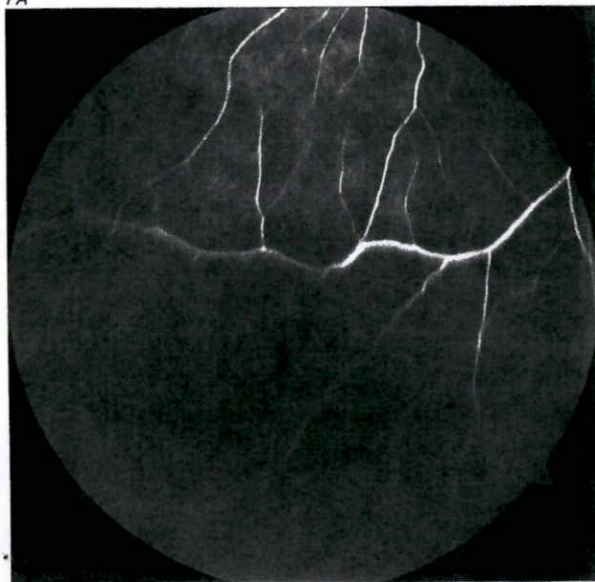
FA 1:12.7 OD 45° 18/10/2022  
FA



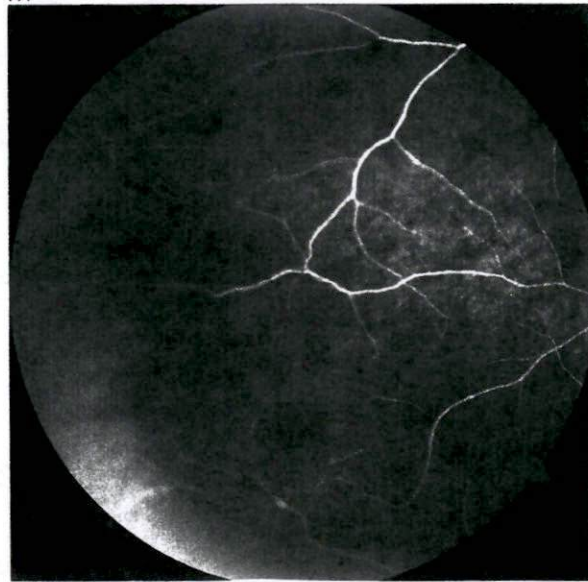
FA 1:26.6 OD 45° 18/10/2022  
FA



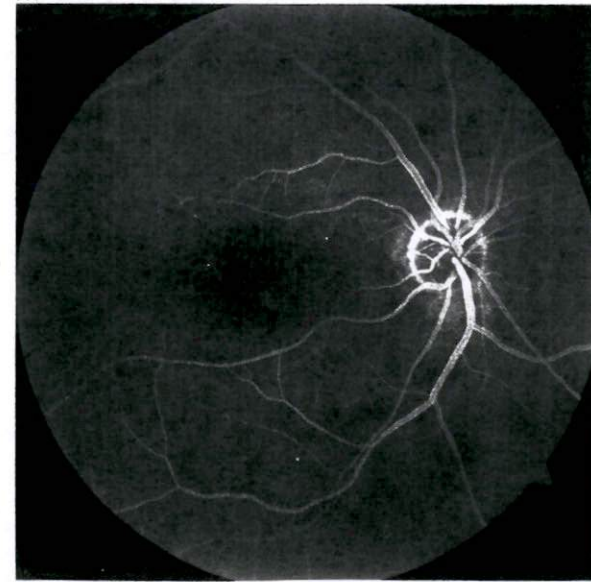
FA 1:49.1 OD 45° 18/10/2022  
FA



FA 2:01.3 OD 45° 18/10/2022  
FA



FA 3:41.9 OD 45° 18/10/2022  
FA



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

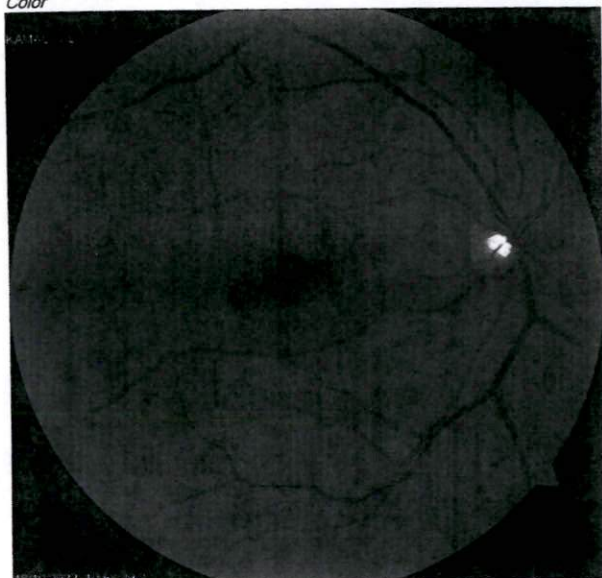
CLINIQUE BELLE VILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

KAMALI, ALI  
01/11/1960



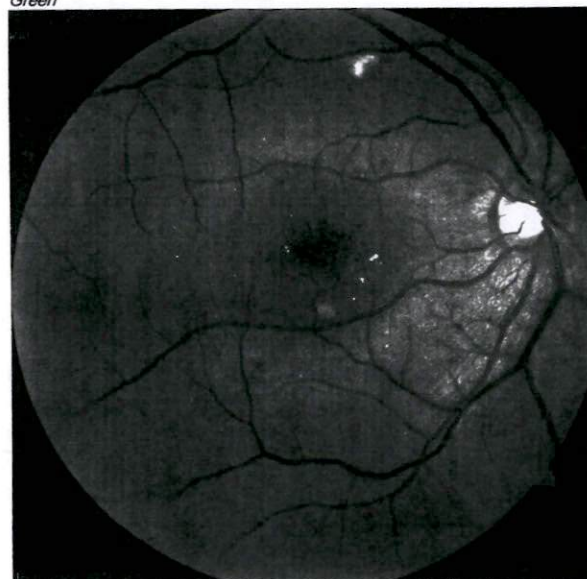
Couleur OD 45° 18/10/2022  
Color



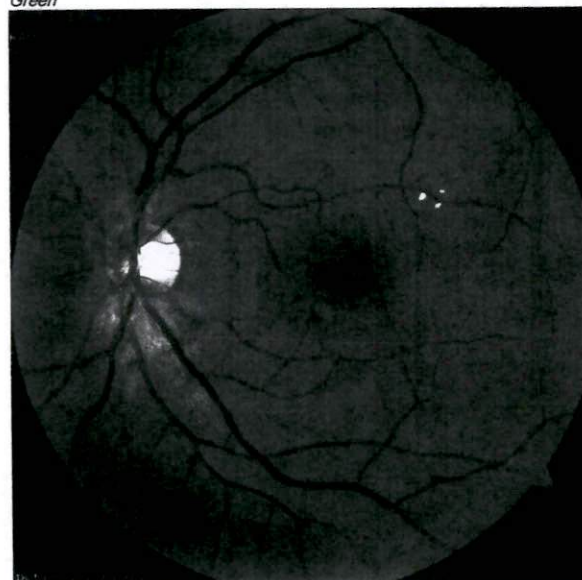
Couleur OS 45° 18/10/2022  
Color



Vert OD 45° 18/10/2022  
Green



Vert OS 45° 18/10/2022  
Green





مركز التصوير

## ACHAT

18/10/22

11:22:17

9900594368

95943601

**CLINIQUE BELLE VILLE**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*3605

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**1200,00 MAD**

Num Transaction

: 003

Num Autorisation

: 0N5563

STAN

: 001134

---

TICKET CLIENT