

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 durée 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0009861

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069 Société : RAM 144504

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAKKABE Aicha (ep)

Date de naissance :

Adresse : actuelle met

Tél : 0619866024 Total des frais engagés : 104 + 3000 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Khalid BANINE
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adra
El Mourakouchi Rés Fatima Zahra I
3ème étage N° 6 Casablanca

Date de consultation : 03/01/2023

Nom et prénom du malade : RAKKABE Aicha Age :

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

Nature de la maladie : Injection intravitreuse

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 - 5ème 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


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
03/01/23	K	K ₃₀	Voir facture	Dr Kh. BANNI DENTISTE Fait à El Adra Angle Bx El Mourakouchi 3ème étage N° 6 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.01.23	104,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/01/2023	Voir facture	30000

AUXILIAIRES MEDICAUX

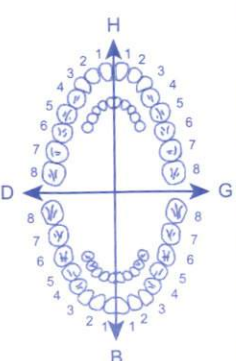
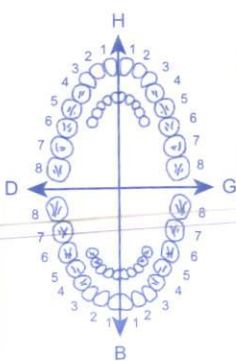
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

CLINIQUE BELLE VILLE

08/01/2023

Mme RAKKABE Aïcha

76,20 - Azyter  1me

180x 27

28,50 - OTOFA Goutte

 180x 37

104,70



Dr Khalid BANINE
OPHTALMOLOGISTE
Rue Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adra
Mourakouchi Rés Fatima Zahra
1^{me} étage N° 6 Casablanca

Azyter 15 mg/g

Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 D



6 118001 101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

28,50

OTOF[®]
SOLUTION AURICULAIRE
GOUTTES



6 118000 240600

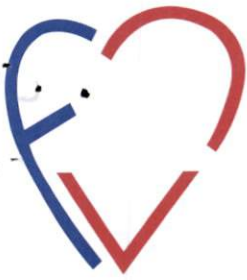
391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 3

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحّة القلب والشرّايين فرانس قّيل

Casablanca le 03/01/2023

Patient : **RAKKABE AICHA**

COMPTE RENDU OPERATOIRE :

Injection Intra-Vitréenne d'antiVEGF à l'œil Gauche

Anesthésie en instillation locale de Cébésine collyre

Blépharostat au niveau de l'œil gauche

Repérage du point d'injection intravitréen à 3.5 mm du limbe en temporal inférieur

Injection intra-vitréenne de 0.5ml du produit antiVEGF

Exocine collyre

Pansement occlusif sous Frakidex pommade.

Dr Khelid BANINE
OPHTALMOLOGISTE

angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adra
Anurakouchi Rta Fatima Zahra
1^{er} étage N° 6 Casablanca



393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

Patente : 34776707 Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC

CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme RAKKABE AICHA DATE DE NAISSANCE : 01/01/1961		Sejour : Du 03/01/2023 au 03/01/2023
		
Reçu N°: 173483		
Palement du 03/01/2023 09h02		
Montant		3 000,00 Dh
Type de paiement		Espèce

Imprimé par : HAMROUCH AMINA Le 03/01/2023 09h02



CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme RAKKABE AICHA
Séjour : Du 03/01/2023 au 03/01/2023FACTURE
202300043
Du : 03/01/2023

Etablie par : H. AMINA

Clinique	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
	INJECTION INTRA-VITREENNE DE L'OEIL	1	3 000,00	3 000,00
TOTAL CLINIQUE				3 000,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

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 TROIS MILLE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	3 000,00

Payé en Espèces
Le 03/01/2023



CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2300067

NOM DU PATIENT Mme RAKKABE AICHA

MÉDECIN TRAITANT BANINE KHALID

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 03/01/2023

DATE DE SORTIE 03/01/2023

