

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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

M22- 0006119

248485

MUPRAS
RECEPTION 9

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Voir ordonnance Doss

N° 145968

MUPRAS

RECEPTION 9

Matricule : 2835 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL TIRARI Abdellam

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : 246 lotissement LZ WAFAA Derna

Tél. : 06 67 51 34 60 Total des frais engagés : 1528,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSAN
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 05 JAN 2023

Nom et prénom du malade : KOUZI Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : Derna

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/01/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

BELEVE 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
05 JAN. 2022	01		300,00dh	Dr. Souhaya CHEHRI HASSAN OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibn Nafii Berechid Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EL OUAFIA MAMOUN Signature et cachet	2012-12-30	26.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/01/23	ANGIO franc physique nous Med	500 DH 700 DH NIQUE AL MADINA Faculté de médecine Casablanca Tunisie 2023

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

ZENITH Pharma

PPV : 28,80 DH

LE FONCTIONNEMENT DES FRAIS ET HONORAIRES

nt traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Véhicules : les radiographies

cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely upper or lower, showing the position of teeth from 1 to 8 on both sides. The arch is oriented with a vertical axis and horizontal axes labeled D (left) and G (right). Each tooth position is marked with a circled number (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) and a small symbol inside the circle, such as a Y, a V, or a circle with a dot. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side at the center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

05/01/2023

Mme KOUZI Fatima

Angiographie Rétinienne fluo

CLINIQUE AL MADINA
Facultative - Casablanca
532 Bd Panoramique - 2049 (L.G)
Tél. : 0522 777 2525 - 0522 777 20 01

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii - Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le
16 JAN. 2023

Compte rendu angiographie à la fluorescéine pour 1^{me} Kouzi Féline.

OD. Diffusion localisée de la fluo au nœud supérieur et ANI à la nœud inférieur - nœud

OG: ZonodéTséhémie en supérieur et inférieur - nœud.

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 932 / 2023 du 12/01/2023

Nom patient **KOUZI FATIMA**
PAYANT

Entrée 12/01/2023
Sortie 12/01/2023

ANGIOGRAPHIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	ANGIOGRA	1,00	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00

DR. CHEBIHI HASSANI S (ophtalmologue)	ANGIOGRA	1,00	700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
Total Autres prestations				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENT DIRHAMS	Total	1 200,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 2277 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01

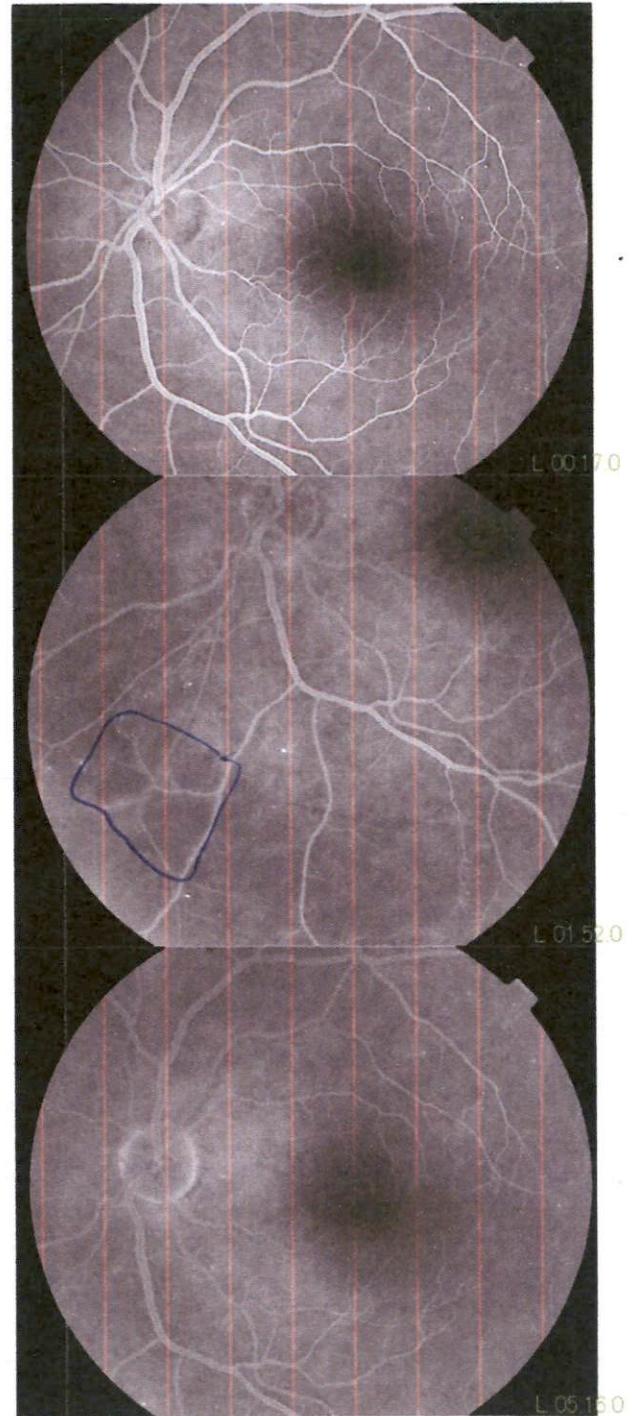
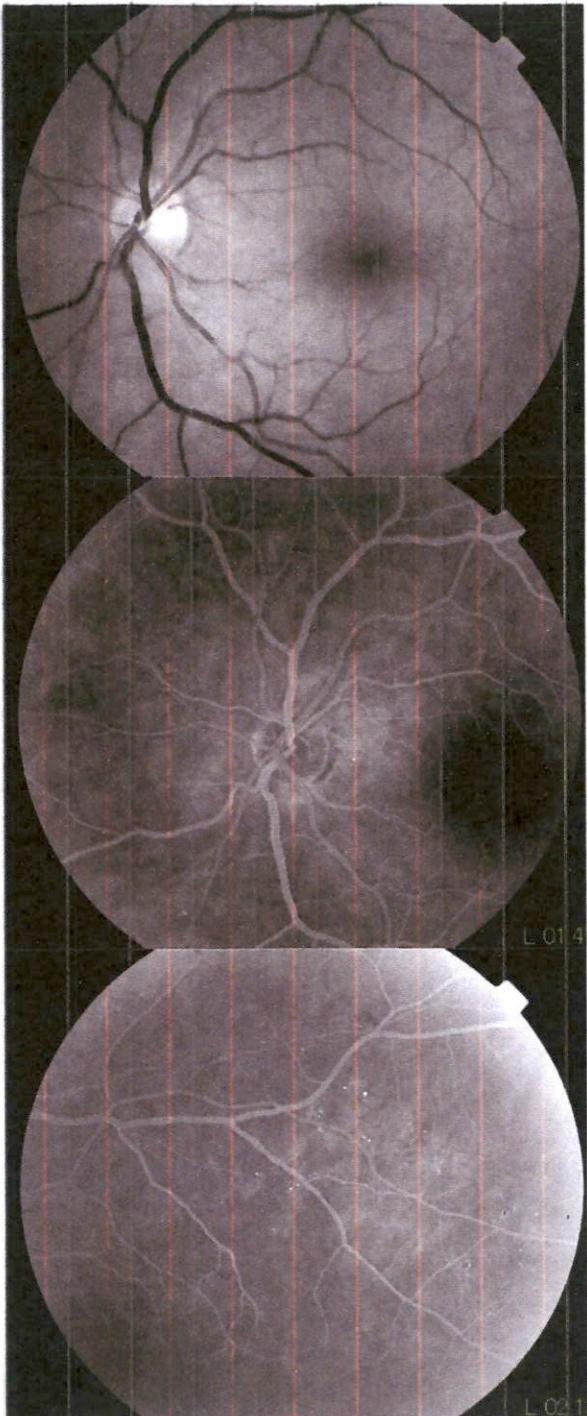
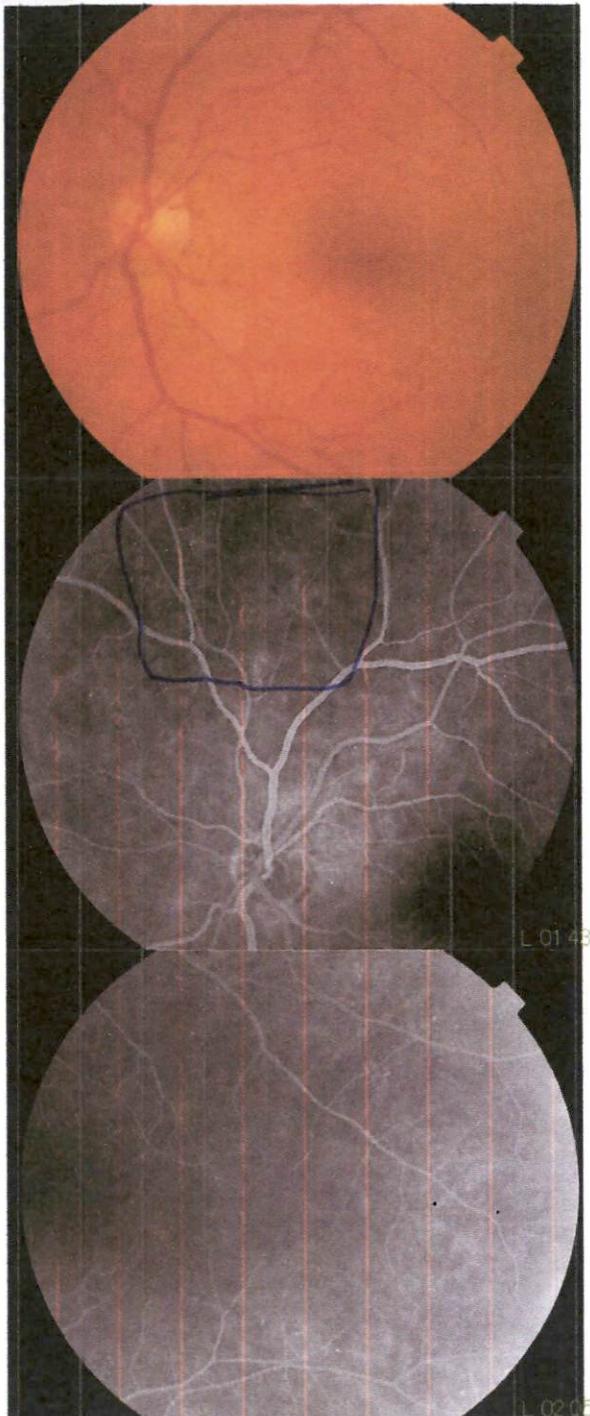
CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA

Patient ID:6620

Nom du patient:KOUZI, FATIMA

Dr:

Date:12-01-2023



CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA

Patient ID: 6620

Nom du patient: KOUZI, FATIMA

Dr:

Date: 12-01-2023

