

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° W21-786622

157143

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1424 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NAMASSE MOSTAFA
 Date de naissance : 18-04-1952
 Adresse : 15, Rue 2 HAY SALAM CASABLANCA
 Tél. : 0669 795094 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Raehid ZAFAD
 Ophtalmologiste
 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
 Fax : 05 22 25 00 01
 Date de consultation : 13/02 / 2023
 Nom et prénom du malade : NAMASSE MOSTAFA Age : 70
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Décollement de la rétine
 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 : Casablanca Le : 20/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

12 AVR. 2023

CLINIQUE AL-ADINA
FACULTÉ DE Médecine - Casablanca
40 à 49 (L.G)
20 01

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
13/02/23		05	400 DH	INP : 0000000000 Dr. Rachid ZAFAD 532, Bd Panoramique - Casablanca (L.G.) Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.) Fax : 05 22 25 00 01
22/03/23		05	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/02/23	ECHO	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

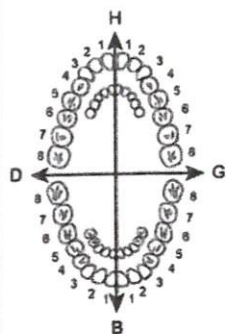
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

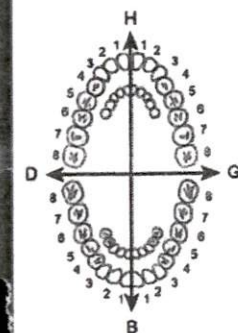
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
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

Ophtalmologiste
Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاف

إختصاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

13 février 2023

Mr NAMASSE MOSTAFA

35.70

1/ TOBRADEX: collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

goutte

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

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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophthalmologiste
Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

13 février 2023

Mr NAMASSE MOSTAFA

Echographie B

CLINIQUE AL MADINA
FACHTURATION
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

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 4485 / 2023 du 20/02/2023

Nom patient **NAMASSE MOSTAFA**
PAYANT

Entrée 13/02/2023
Sortie 13/02/2023

ECHOGRAPHIE-EXTERNES

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE-EXTERNES	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Facturation
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 2277 77 40 à 49 (LG)
05 2277 77 40

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 4759 / 2023 du 22/02/2023

Nom patient **NAMASSE MOSTAFA**
PAYANT

Entrée 22/02/2023

Sortie 22/02/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. HANZAZ AMINE (reanimateur) CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. HANZAZ AMINE
Anesthésie Réanimation

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

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 4484 / 2023 du 20/02/2023

Nom patient **NAMASSE MOSTAFA**
PAYANT

Entrée 13/02/2023

Sortie 13/02/2023

CONSULTATION + FOND

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel : 05 22 77 40 à 49 (Lg)
Fax : 05 22 25 00 61



Casa-le, 13/02/2023

COMPTE RENDU : ECHOGRAPHIE OCULAIRE

Patient : NAMASSE MOSTAFA

Médecin correspondant: **DR ZAFAD RACHID**

Œil droit:

- Echographie (B) :

- Globe : Contour et morphologie réguliers .
- Cristallin: Echogene
- Vitré : RAS.
- Rétine : A plat par tout .

Œil gauche:

- Echographie (B) :

- Globe : Contour et morphologie réguliers .
- Cristallin : Echogene
- Vitré : RAS.
- Rétine : Décollement de rétine

Conclusion: OG: Cristallin échogene vitré transonore+décollement de rétine temporal.

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

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

DR ZAFAD RACHID

Tél.: - Fax: - Email:

Patient: NAMASSE MOSTAFA

N° de dossier:

Adresse: -

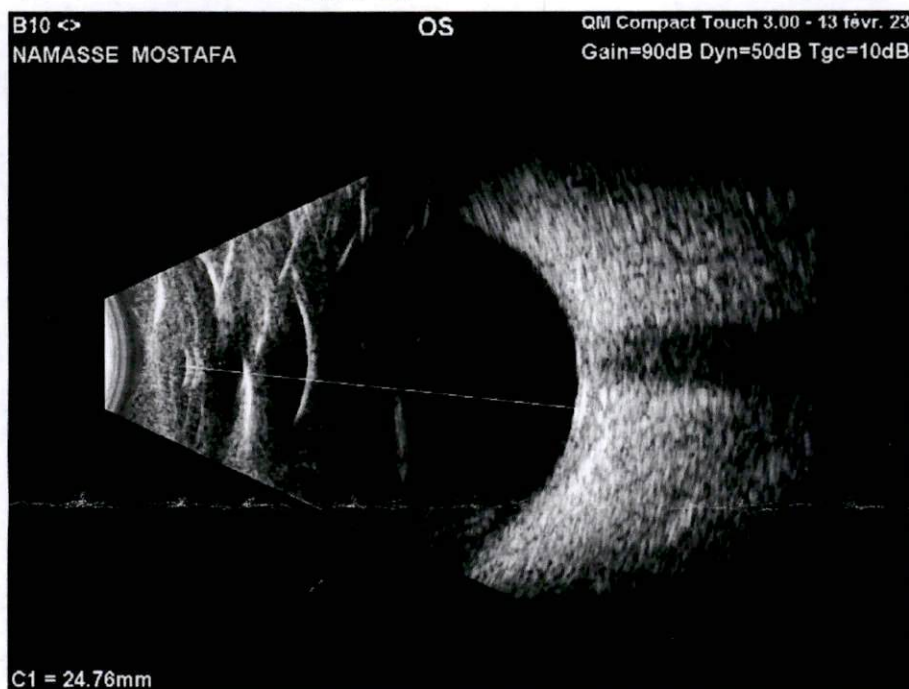
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

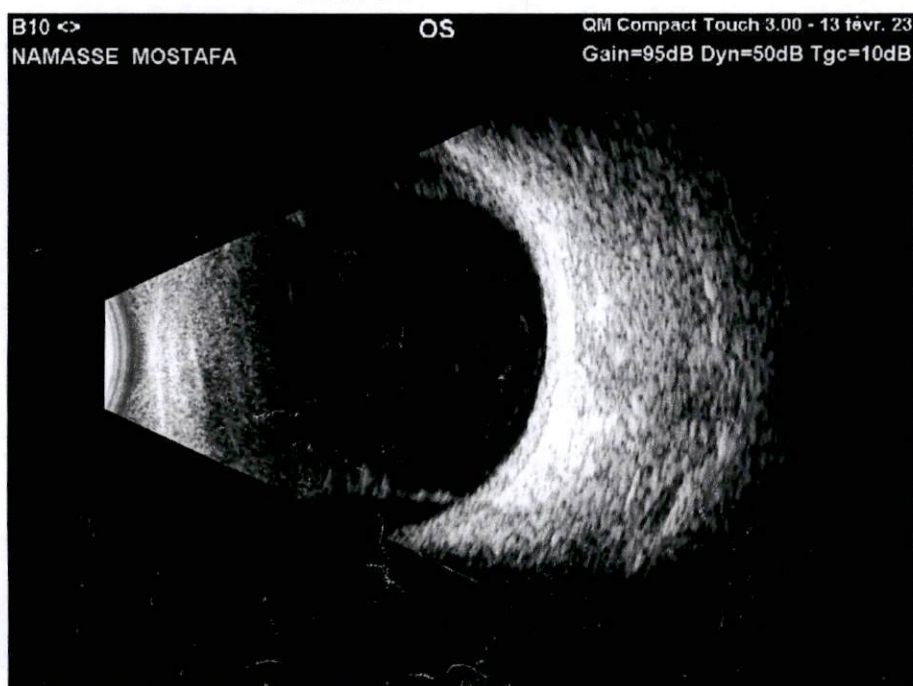
Oeil : OS

Date d'examen: 13 févr. 2023



Oeil : OS

Date d'examen: 13 févr. 2023



Patient: NAMASSE MOSTAFA

N° de dossier:

Adresse: -

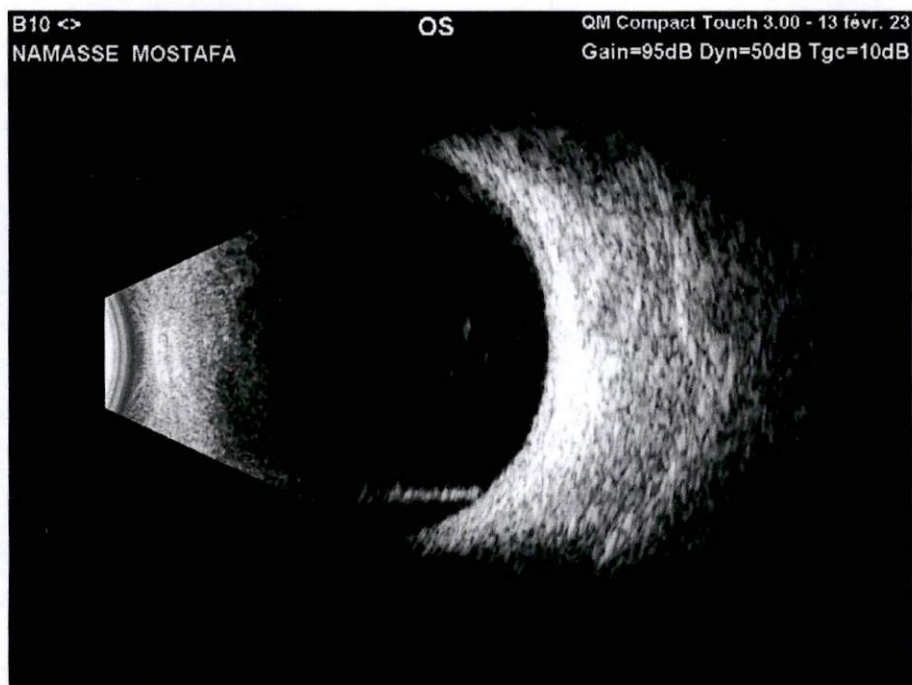
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil : OS

Date d'examen: 13 févr. 2023



Oeil : OS

Date d'examen: 13 févr. 2023



Patient: NAMASSE MOSTAFA

N° de dossier:

Adresse: -

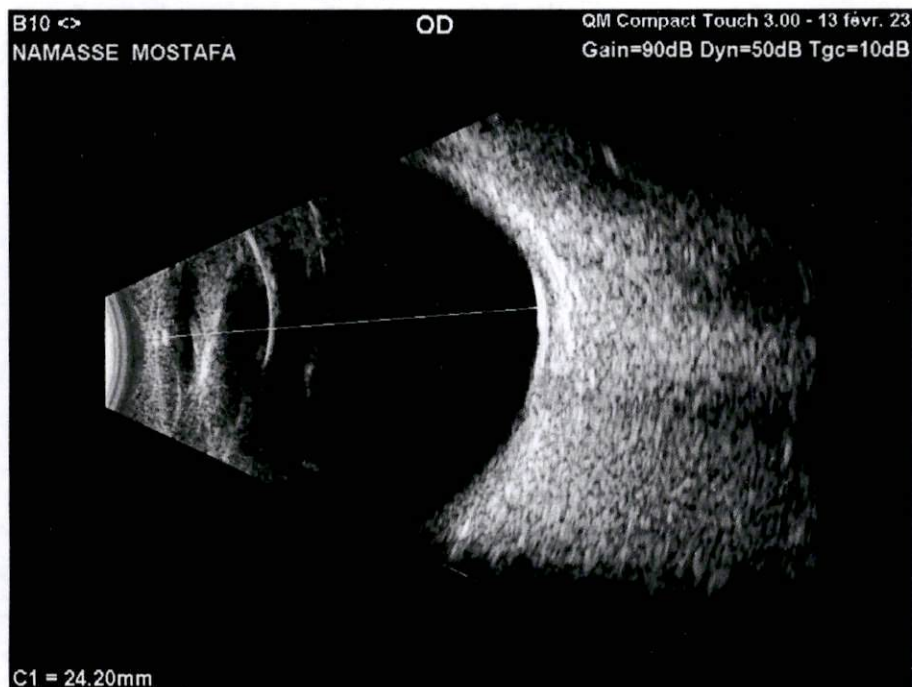
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

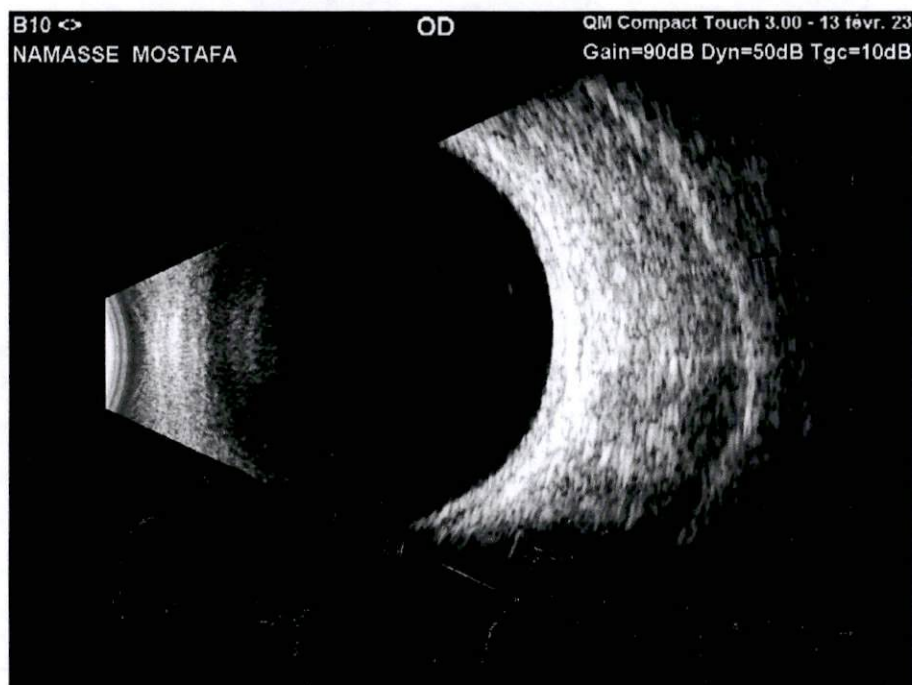
Oeil : OD

Date d'examen: 13 févr. 2023



Oeil : OD

Date d'examen: 13 févr. 2023



Patient: NAMASSE MOSTAFA

N° de dossier:

Adresse: -

Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil : OD

Date d'examen: 13 févr. 2023

