

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

M22- 0034205

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2992 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUCETTA Saïda
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 1400 + 1600 + 91,60 Dhs

INQUE AL MADINA
FACTURATION
Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BAKKALI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
32, R. Calille - CASA
Tél : 20 99 20 / 20 99 31

Date de consultation : 26/05/2023
 Nom et prénom du malade : BOUCETTA Saïda Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : OCUL AIRI
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : DIABETE
 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 : 26/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

INQUE AL MADINA
FACTURATION
Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

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
26/05/23	JUT ANASTIN OG	Frais Clinique H.T.T.D	1400 1600	Dr. BAKKALI CHAKRI FACTURATION 2, Bd Panoramique - Casablanca tel : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) Fax : 05 22 25 00 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26-05-2023

91,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

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 :

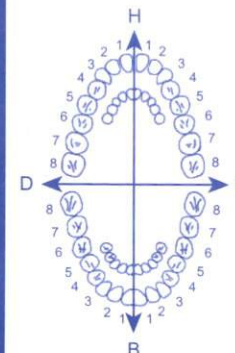
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

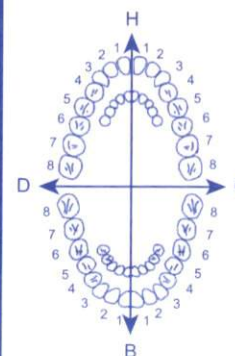
FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	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



ORDONNANCE

26/05/2023

M. BOULETTA SAIDA.

55,10

PPV	
LOT	
PER	



55,10

6 118011 070817

CHIBROXINE 0,3%
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHENA
B.P. N°1 Boadkara - 27182 - MAROC

36,50

91,60

CLINIQUE AL MADINA Dr. BAKKAR
OPHTHALMOLOGISTE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 - Fax : 0 522 25 00 01
Email : contact@cliniquelmadina.ma

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

090006784



F A C T U R E

N° : 13321 / 2023 du 26/05/2023

Nom patient **BOUCETTA SAIDA**
PAYANT

Entrée 26/05/2023

Sortie 26/05/2023

IVT AVASTIN OG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00	URG	1 400.00	1 400.00
			Sous-Total	1 400.00
Total Clinique				1 400.00

DR. BAKKALI CHAKIB (ophtalmologue)	1.00		1 600.00	1 600.00
			Sous-Total	1 600.00
Total Autres prestations				1 600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	3 000.00
TROIS MILLE DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. BAKKALI Chakib
Ophtalmologue
Séjourée CASABLANCA
Tél : 05 22 77 40 49 / 20 99 31

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

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient Mme BOUCETTA SAIDA

Chirurgien DR. BAKKALI CHAKIB

Anesthésiste

Nature de l'intervention IVT AVASTIN OG

Date intervention 26/05/2023

Type d'anesthési Topic

Intervention :

INJECTION INTRA VITREENNE OG

-Sous anesthésie topique

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sacs conjonctivaux pendant 3min
- Pose d un champ auto collant stérile ;
- Repérage au compas de site d injection à 4 mm du limbe
- Injection intra vitrénne d anti-inflammatoire
- Vérification positive de la vision par la vue des doigts
- Pommade antibiotique.
- Pansement.

X
Dr. BAKKALI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
37, Rue Grasse - Casablanca
Tél. 20.99.20 / 20.99.31

INIQUE AL MADINA
FACTURATION
2, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 26/05/2023 Heure 10:12

Nom et Prénom du patient MmeBOUCETTA SAIDA

Age ou Date Naissance 77 - 01/01/1947

N° Cin du patient ou du tuteur A117604

Adresse marrakech

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant BAKKALI CHAKIB

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0.50
0.00

Motif d'hospitalisation IVT AVASTIN OG

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - MUPRAS

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 26/05/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0.50

Nom et prénom du signataire

Signature

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

Dr. BAKKALI Chakib
32, Rue Galilée Casablanca
Tél. 20.95.20 / 20.95.31