

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0031922

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1983 Société : RAM 176890

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAIR EDDINE AHMED

Date de naissance : 30/06/1944

Adresse : Rue Yasmine Résidence du Palais Imm H
APPT 9 Hay Errahja 20200 CASABLANCA

Tél. : 0696813267 Total des frais engagés : 5560,90 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél. 05 22 77 40 à 49 (L.G.)
Fax 05 22 25 00 01 - INPE : 091139790

Date de consultation : 10/08/2023

Nom et prénom du malade : SABIL Talib Age : 64 ans

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

Nature de la maladie : Glaucome

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 : Casablanca Le : 23/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
10/08/23	CS	1	300,
10/08/23	font de l'oeil		100,

Cachet et signature du praticien attestant le devis
Dr. Rachid ZAFAD
 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
 Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 0911391000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

PHARMACIE AL WOUROUD
 67, Rue des Roses A Côté de
 Masjid Annour - Beausejour
 Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca
 Patente: 34808192

10/08/23

760,90

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

23/09/2023

1 Machine
 + 2v

4400DH

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

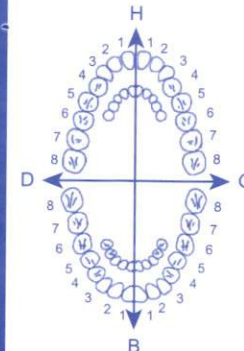
Coefficient

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	

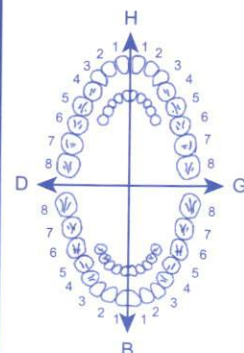
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
© 2011, 2015 Novartis 449272 MA
PPV : 194,30 DH



6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
© 2011, 2015 Novartis 449272 MA
PPV : 194,30 DH



6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
© 2011, 2015 Novartis 449272 MA
PPV : 194,30 DH

10 août 2023

Mme SABILI MALIKA

3x 194,30

1/ AZARGA: COLLYRE



178,00

2/ CATIONORM



PPC 178,00 DH

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

760,90

PHARMACIE AL WOUROUB
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

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

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L-G)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 091139790



ORDONNANCE

10 août 2023

Mme SABILI MALIKA

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets
Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = - 0.50 (- 0.50 à 95°)

OG = + 3.00 (- 1.00 à 95°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

Sumica optique
TAGNAOUT A.
7, passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél./Fax: 05 22 27 33 83

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

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique, Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 091139790



TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél. : 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

CASABLANCA - MAROC

ICE : 001740389000080

PATENTE N° 33105988

PATENTE N° 33105988

sumica optique
TAGNAOUTI A.
Casablanca
7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 27 33 83

23/09/2023

FACTURE 32160

IF 4240 5988

Dr. Z A F A D

M. SA BILI
MALIKA

Vision de loin

OD : cyl sph

OG : cyl sph

Vision de près

OD : cyl sph

OG : cyl sph

Double Foyer

OD : cyl (-0.50 + 0.95) sph -0.50 Add +2.75

OG : cyl (-1.00 + 0.95) sph +3.00 Add +2.75

Quantité :	Désignation	Prix
1	MONTURE <u>optique</u>	<u>800 Dh</u>
2	VERRE <u>à la demande patient</u> <u>monté à l'œil 1.67</u> <u>Amis à la demande ok</u>	<u>3600 Dh</u>

Montant en lettre : quatre mille

TOTAL

4400 Dh

Cachet, signature

sumica optique
TAGNAOUTI A.

7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 27 33 83

ICE: 001740389000080

INPE: 095005997

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 21041 / 2023 du 10/08/2023

Nom patient **SABILI MALIKA**
PAYANT

Entrée 10/08/2023
Sortie 10/08/2023

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 :	Total	400.00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tel : 05 22 77 40 8 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01