

# INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR 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.



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

## Déclaration de Maladie

1875 M23-

028996

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

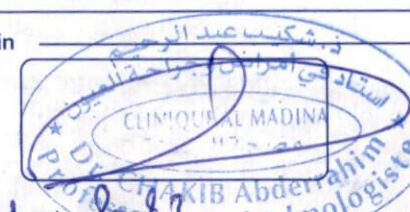
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUA KHACHACHI SANAA  
 Date de naissance : 15/03/1966  
 Adresse : HAY AL WALAE TR6 SEC 1 IM 1 APP 124 sidi farman casa  
 Tél. : 06 62 67 44 60 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/11/2023  
 Nom et prénom du malade : OUA KHACHACHI SANAA Age : 57 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Correction optique  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
20/11/23		Ce	\$ 300 \$	Dr. CHAKIB Abderrahim * 0910 346 172

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALHA Dr. LACHAAL NORDINE Attacha ouk, Sidi Moussa CASA - Tél: 05 22 70 08 17	20/11/23	942,00

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Opticien Optométriste 170, Rue 15 Sidi Maarouf 3, Abou Choaib Dukkali - Casablanca	21-12-23					32000 \$
						INPE 095007696

# 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 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 COEFFICIENT 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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Pr. Abderrahim CHAKIB**

Professeur d'Ophtalmologie  
Ophtalmo - diabétologie  
Maladies de la Rétine et Cataracte  
Chirurgie des yeux

**الأستاذ عبد الرحيم شكيب**

أستاذ في أمراض وجراحة العيون  
داء العينين بالسكري وداء جلاطة  
أمراض الشبكية وجراحة العيون

## ORDONNANCE

20 novembre 2023

**Mme OUAKHCHACHI SANAA**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

$^{\circ}OD = + 0.50$

OG = Plan


Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

Opticien - Optométriste  
170, rue Sidi Maarouf 3,  
Abou Chaab Dokkali - Casablanca



**BILLET D'ADMISSION**

<b>N° admission</b>	 23K201403
<b>Nom patient</b>	<b>OUAKHCHACHI SANAA</b>
<b>Médecin</b>	<b>CHAKIB ABDERRAHIM</b>
<b>Motif</b>	<b>CONSULTATION - CHAKI</b>
<b>Encaissement</b>	300,00

*Visa accueil*  
ZINEBO 14:03

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





**Facture N° 0004752**

Casablanca, le : 21-12-23

Mr (e) : OUAKHACHA Sanaa

N° de nomenclature : VL ..... /VP .....

Docteur : CHAKIB

Monture : PLASTIQUE 1200 DH

Verres : 2 Progressifs Organiques PHGd Ar

VL OD : +0.50  
OG : PL 2000 DH  
ADD = 3.00

VL OD : .....  
OG : .....

**Total :** 3200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme du : trois mille deux cent Dirham

  
Opticien - Optométriste  
170, Rue 15 Sidi Maarouf 3,  
Abou Chouaib Doukkali - Casablanca

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maarouf 3 - Casablanca

RC : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 - IF : 45521215 - ICE : 001784537000020



**Pr. Abderrahim CHAKIB**

Professeur d'Ophtalmologie  
Ophtalmo - diabétologie  
Maladies de la Rétine et Cataracte  
Chirurgie des yeux

**الأستاذ عبد الرحيم شكيب**

أستاذ في أمراض وجراحة العيون  
داء العينين بالسكري وداء جلالة  
أمراض الشبكية وجراحة العيون

**ORDONNANCE**

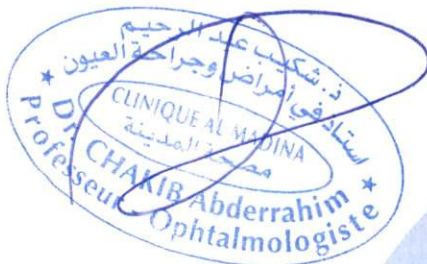
20 novembre 2023

**Mme OUAKHCHACHI SANAA**



1/ THEALOSE

1 goutte 4 fois par jour , dans l'œil droit, pendant 6 Mois



VR2762C10MAR/0722 MA



3 662042 003295

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

VR2762C10MAR/0722 MA



3 662042 003295

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

VR2762C10MAR/0722 MA



3 662042 003295

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

VR2762C10MAR/0722 MA



3 662042 003295

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

VR2762C10MAR/0722 MA



3 662042 003295

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

VR2762C10MAR/0722 MA



3 662042 003295

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH



# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 32443 / 2023 du 20/11/2023

Nom patient

**OUAKHCHACHI SANAA**  
**PAYANT**

Entrée 20/11/2023

Sortie 20/11/2023

### CONSULTATION - CHAKI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Clinique				50,00

PR. CHAKIB ABDERRAHIM (ophtalmologue)	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total Autres prestations				250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique  
CASA BLANCA  
TEL : 05 22 77 77 40 à 49 (L.9)  
Fax : 05 22 25 00 01