

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- Reclamation : 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° W19-482954

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12365 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GHANNI IMAD
 Date de naissance : 13/07/1983
 Adresse : Lt Nassim Résidence les Jagers Imad Casablanca
 Tél. : 0662766024 Total des frais engagés : 3093,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/10/2019
 Nom et prénom du malade : GHANNI KOUTA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ophtalmologique
 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 : 05/11/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 30/10/19 | CS | | 4000 | |
| 31/10/19 | Frais | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie ARROCHD Kenza ER-RAFAI Docteur en Pharmacie Mosquée Fatma Bokchane ASABLANCA 30 89 | $\frac{31}{10}$ 219 | $193,70$ |

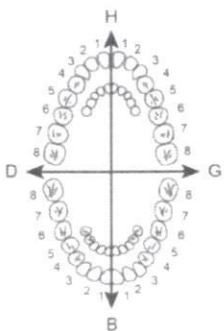
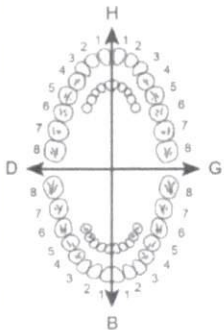
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|--|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | D | G | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Laheem El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur:

Casablanca, le : 31/10/19

Dr: el Jarloun

ghannmi KENZA

1) Augmentin enfant
2x 70/60 Δ obsc de pres 2 fois /



2) Moxibrel cellgic
30/10 7 H x 6j



3) Moxibrel paracet
22.40 Δ qsp x 8j



4) 1937

Pr. Jarloun El Jarloun
Professeur Agrégé en
Ophtalmologie Adulte
et Pédiatrie

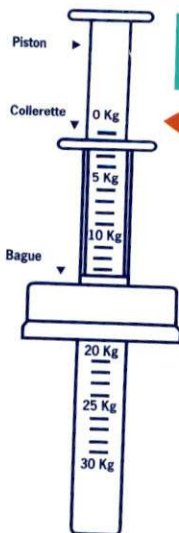
Pharmacie ARROCHD
Kenza EL ARFAI
Docteur en Pharmacie
2 et 3 - Mosquée Fatna Bokchane
Nassim - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 39 89

URGENCES 24/24 مستعجلات

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CLINIQUE ACHIFAA
Tél: 05 22 85 92 20 / 05 22 85 81 32

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



enfant

▶ **1 dose-graduation n°**

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 614345
PER: 11/2020

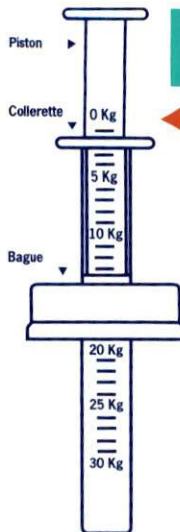
Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.
Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



enfant

▶ **1 dose-graduation n°**

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 614345
PER: 11/2020

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.
Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000



A utiliser avant :

Lot:



7 2021
BKHE1A

MAXIDROL®
OMMADE OPHTALMIQUE

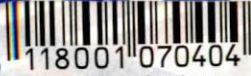


6 118 001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DHS



406994



6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
ppv : 22,40 DHS



406805

MAXIDROL®
COLLYRE

Dexaméthasone
Néomycine
Polymyxine B

Alcon®



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahsen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax: 05 22 86 22 23- Casablanca- Maroc

E-mail : Cliniqueachifaa@menara.ma

29058

N° : 1910311327563806 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|-------------------------------|------------------------|-------------------|
| 19-005337 | GHANMI KENZA | 31/10/2019 |
| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
| Espèce | | 2 500,00 |
| PAYANT | Total payé | 2 500,00 |
| DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : KHADJA

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CLINIQUE ACHIFAA
Tél: 0522 85 92 20 / 0522 85 81 20



مصلحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 30/10/2019

GHANNI KENZA

Chirurgie de la paupière

inf. sacr.

Pr. Louisa EL MA LOUM
Professeur Agrégé en
Ophtalmologie Adulte
et Pédiatrique

X

Dr. Leubna EL M. LOUD
Professeur Agrégé en
Ophtalmologie Adulte
et Pédiatrique

Mr Louti de cologis
de se payer infirmier
gauche. de Anesthésie

Copie Reçu

Casablanca, le : 31/10/19
E-mail: Cliniqueachiffaa@menarama

Docteur :

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

العيادة التخصصية
العيادة المتخصصة في
الطب البصري





مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 201 917 351 / 2019 du 30/10/2019

| | | | |
|-----------------|--------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | GHANMI KENZA | Entrée 30/10/2019 | Sortie 30/10/2019 |
| Prise en charge | PAYANTS | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULTATION | 1,00 | C1 | 400,00 | 400,00 |
| | | | Sous-Total | 400,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 400,00 |

| | | |
|---|---------------|--------|
| | Total général | 400,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | |
| QUATRE CENTS DIRHAMS | | |

| | | | | | | |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
| | 400,00 | | | | 400,00 | 0,00 |

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 86
Soc Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 01 917 349 / 2019 du 04/11/2019

| | | | |
|-----------------|--------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | GHANMI KENZA | Entrée 31/10/2019 | Sortie 31/10/2019 |
| Prise en charge | PAYANTS | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| FORFAIT | 1,00 | | 2 500,00 | 2 500,00 |
| | | | Sous-Total | 2 500,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 2 500,00 |

| | | |
|---|---------------|----------|
| | Total général | 2 500,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | |
| DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS | | |

| | | | | | | |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
| | 2 500,00 | | | | 2 500,00 | 0,00 |

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dalton et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 86
Sec Mutuelle