

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 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

M22- 0044622

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0901 Société : RSN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHITOU Labeen
Date de naissance : 12/11/43
Adresse : 31 rue Mohammed VI CASR 73787
Tél : 0668450119 Total des frais engagés : 1600 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 & 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01 - RSN
Date de consultation : 26/07/2023
Nom et prénom du malade : CHITOU Labeen Age :
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 : CASR Le : 04/09/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
26/04/23	CS, Fo		4000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

27/04/23 OCT 12000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

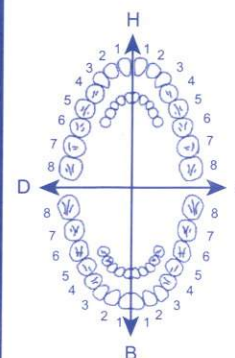
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

Docteur Rachid ZAFAD

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



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

الدكتور رشيد زفاض

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

ORDONNANCE

26 juillet 2023

Mr CHTIOUI LAHCEN

OCT (macula+papille)

Dr. Rachid ZAFAD
Ophthalmologiste
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01
ICE: 001633547000034

CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01
ICE: 001633547000034



Le 27/07/2023

COMPTE RENDU : OCT PAPILLAIRE

Patient : CHTIOUI LAHCEN

Médecin correspondant : ZAFAD RACHID

Œil droit:

- . Nerf optique : C/d 0.08 .
- . Aire de l'anneau neuro rétinien : Diminué
- . Couche des fibres nerveuses rétinienne Diminué
- . Complexe des cellules ganglionnaires : Diminué
- . Oct papillaire : Glaucome avancé.

Œil gauche:

- . Nerf optique : C/d 0.4 .
- . Aire de l'anneau neuro rétinien : normal .
- . Couche des fibres nerveuses rétinienne : normal .
- . Complexe des cellules ganglionnaires : normal .
- . Oct papillaire : normal .

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532 Bd. Panoramique, Casablanca
Tél: 05 22 25 00 01
CLINIQUE AL MADINA
532 Bd. Panoramique
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Fax: 05 22 25 00 01



Le 27/07/2023

COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE

Patient : CHTIOUI LAHCEN

Médecin correspondant : DR ZAFAD RACHID

Œil droit:

- Dépression fovéolaire effacée.
- Membrane épi rétinienne.
- Epaisseur maculaire centrale : 440 μm

Œil gauche:

- Dépression fovéolaire respecté.
- Absence de lésion rétinienne ou intra rétinienne.
- Régularité de ligne des photos récepteurs.
- Ligne IS-OS et l'épithélium pigmentaire continue.
- Epaisseur maculaire centrale : 251 μm

CLINIQUE AL MADINA
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 - INF

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 8839 / 2023 du 27/07/2023

Nom patient **CHTIOUI LAHCEN**
PAYANT

Entrée 27/07/2023

Sortie 27/07/2023

OCT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OCT	1,00	OCT	1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total Clinique				1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel.: 05 22 77 77 40 à 40 40 40
Fax: 05 22 77 77 40 à 40 40 40

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 19317 / 2023 du 26/07/2023

Nom patient **CHTIOUI LAHCEN**
PAYANT

Entrée 26/07/2023

Sortie 26/07/2023

CONSULTATION + FOND

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION + FOND D'OEIL	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	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
CAISSE
532 Bd Panoramique - Casablanca
TEL: 05 22 77 77 40 & 49
Fax: 05 22 25 00 01