

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

- 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 - 5ème 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° P19- 059193

ND: 49699

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3208 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Dris Benjelloun

Date de naissance : 03/07/1951

Adresse : Hay Al Waha IMM22 NR17 TR18

Secteur : SIDI MAUMEREN EASA

Tél. : 0674273061 Total des frais engagés : 2.200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Chokik HABA Age: 53 Ans

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

Nature de la maladie :

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 : 02/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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 :

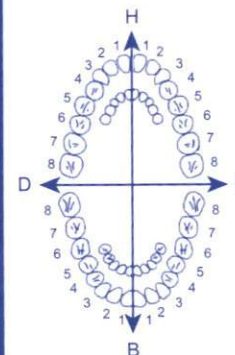
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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

00000000 00000000

35533411 11433553

B

G

(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

Dr. Ghizlane EL HOUARI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



د. غزلان الهواري
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : **28 octobre 2020** : **الدار البيضاء، في**

Mme CHAKIK Habiba

Angiographie rétinienne à la fluorescéine

OCT maculaire 420

[Signature]
Dr Ghizlane EL HOUARI
Spécialiste en Ophtalmologie
Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1^{er} Etage
Sidi Moumen - Casablanca
0522 70 01 57



شارع محمد الزفراف. رقم 53. الطابق الأول. سيدي مومن
[أمام محطة الطرامواي التشارل] - الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N°53, 1^{er} Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57 : **الهاتف**

Dr. Ghizlane EL HOUARI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



د. غزلان الهواري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/08/20 : الدار البيضاء، في :

CHARIK HABIBA

255, Psychiatrice

~~XXXX~~ ~~XXXX~~ ~~XXXX~~
~~XXXX~~ ~~XXXX~~

Dr. Ghizlane EL HOUARI
Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1^{re} Etage - Sidi Moumen (Casablanca)
0522 70 01 57
0522 70 01 57

شارع محمد الزفزاف، رقم 53، الطابق الأول - سيدي مومن
(أمام محطة الطرامواي التشارك، قرب مصحة الملائكة) الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1^{re} Etage - Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف : 0522 70 01 57 - E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com

Dr. Ghizlane EL HOUARI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



د. غزلان الهواري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/08/2010 : الدار البيضاء، في :

Dr Ghizlane EL HOUARI
Spécialiste en Ophtalmologie
Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1^{er} étage
Sidi Moumen (Près du clinique des Anges)
☎ 0522 70 01 57

RDV de laser ODG

le 02/09/2010
Dr Ghizlane EL HOUARI
Spécialiste en Ophtalmologie
Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1^{er} étage
Sidi Moumen (Près du clinique des Anges)
☎ 0522 70 01 57

CLINIQUE NOUVEAU MONDE
D. OPHTALMOLOGIE
25, Route de El Jadida
☎ 0522 72 23 49 88 16
Fax: 0522 72 23 49 88 16

شارع محمد الزفزاف، رقم 53، الطابق الأول - سيدي مومن
(أمام محطة الطرامواي التشارك، قرب مصحة الملائكة) الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1^{er} Etage - Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف : 0522 70 01 57 - E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com

CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme CHAKIK HABIBA
Séjour : Du 12/11/2020 au 12/11/2020FACTURE
202006005
Du : 12/11/2020

Etablie par : Z. Fatiha

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE	1	1 000,00	1 000,00
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCENIQUE	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL CLINIQUE			2 000,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX MILLE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	2 000,00



CLINIQUE FRANCE VILLECENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme CHAKIK HABIBA DATE DE NAISSANCE : 26/10/1967	Sejour : Du 12/11/2020 au 12/11/2020
	
Reçu N°: 145456	
Paielement du 12/11/2020 10h31	
Montant	2 000,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : ZAHRI Fatiha Le 12/11/2020 10h31

