

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 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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0051770

☒ Maladie 5685 ☐ Dentaire

☒ Optique 152942 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SERKAT Mohamed

Date de naissance : 20/12/36

Adresse : 32 Lotissement El deboud Bin Mieb leas

Tél. : 0613074647 Total des frais engagés : 7651,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SALADIN Nadia épouse SERKAT Age : 78 ans

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

Nature de la maladie : calura l'e

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 : 8 / 03 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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 Webcam attestant le Paiement des Actes
14/02/2013	Ko 208/213		7000,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ONZAC 188, Lotissement SINDIBAC AP- Diab - CASABLANC/ Tél : 05 22 79.78.74	14-02-23	654,00

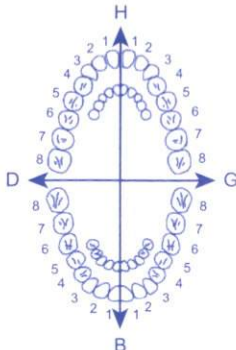
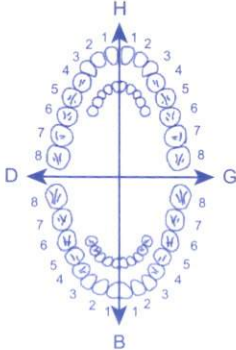
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>														
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 14/09/2023

NOM ET PRENOM :

SALADIN Nadia EP. SEKKAT

1- Sepcen 500mg : 1 cp x 2/j, pendant 8 jours

2- Zylet collyre : 1 goutte x 6/j pendant 15 jours

3- Frakidex collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 15 jours

Puis 1 goutte x 4/j pendant 15 jours, puis 1 goutte x 2/j pendant 10 jours

4- Indocollyre collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 15 jours

Puis 1 goutte x 4/j pendant 15 jours, puis 1 goutte x 2/j pendant 10 jours

5- Mydriaticum collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 8 jours

6- Thealose collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 2 mois

7- Panssement auto occlusif : A changer chaque jour

pendant 5 jours (mettre les collyres et le remettre)

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ



6118001270118

PPV : 24,60 DHS

H7777
10-2021
09-2023

PHARMACIE ONZAR
168, Lotissement SINDIBAT
Ain Diab - CASABLANCA
Tél : 05.22.79.78.78

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 الفاكس - الدار البيضاء - (قرب حديقة مردوخ) - 64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél.: 05 22 46 72 05 - E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com
www.cliniquemersultan.ma / ICE : 00172836000010

SEPCEN 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés ronds

7480

LOT: 058220
PER: 10/2025
P. 7.71.80 BH

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عبار H8819
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 09-2022
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

AMM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

Théalose®
05295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

POUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.
للاستعمال في العين فقط

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DHS



Date : 13 FEV. 2023

NOM ET PRENOM :

SALADIN Nadia G. SEKRA

RDV LE 14/02/2023 pour chirurgie de

cataracte de l'OG

A 7h30

URGENCES 24H/24

(قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casab/
Tél.: 05 22 46 72 05 - E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cm:
www.cliniquemersultan.ma / ICE : 00172836

Pr. L. ELMAALOUN
د. لبنى المالح
Professeur en Ophtalmologie
et Chirurgie Oculaire
091225549



شارع 64
05 22 26 79 42
sultan.com



Compte rendu cataracte

Nom et prénom du malade : SALADIN NADIA EP.SEKKAT

Œil : ☐ Droit ☒ Gauche

CHIRURGIEN : Pr ELMAALOU

Anesthésie : ☐ local ☐ générale ☒ topique

- Mise en place du blépharostat
- Lavage des CDS conjonctivaux a la Bétadine
- PCA à 11h avec porte de service à 1H
- Injection du bleu vision
- Injection d une bulle d air
- Injection du produit visqueux élastique
- Capsulorhexis antérieur
- Hydro dissection et hydro délinéation
- Phacoémulsification
- Lavage – aspiration des masses en mode IA
- Implantation d un ICP pliable dans le sac
- Lavage du visqueux
- Hydro suture
- Injection sous conjonctivale de corticoïde
- Désinfection et pansement

Pr. L. ELMAALOU
Professeur en Ophtalmologie
Médicale et Chirurgicale
INPE : 091225649

URGENCES 24H/24H



Nom du patient : SALADIN NADIA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	EL MAALOUM LOUBNA	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	14/02/2023	
Date sortie	14/02/2023	11:48
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : AMAL 20/02/2023 15:09 23B141003		

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca
Tél: 05 22 27 72 72



F A C T U R E

N° 2 038 / 2023 du 17/02/2023

Nom patient	SALADIN NADIA	Entrée	Sortie
		14/02/2023	14/02/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CATARACTE	1,00		7 000,00	7 000,00
			Sous-Total	7 000,00
Total				7 000,00

	Total général	7 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SEPT MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	7 000,00	7 000,00	0,00

Ref Chq : CH N 1543070/BMCE/

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Bd Omar El Idrissi
Casablanca
Tél: 05 22 27 72 72