

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0035941

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3281 Société : 154398
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ASSABANE ABDELKRIM
Date de naissance : 14.12.1948
Adresse :
Tél : 0661132564 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/02/2023
Nom et prénom du malade : ASSABANE ABDELKRIM Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Infection infectieuse à l'œil D
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 : Agadir Le : 28 / 2 / 23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
28/02/23	K100		15.000.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BORJ TADDART 45, Imm. 14, F.A.P. AGADIR Tél: 05 28 82 32 13 ICE: 001606902000004 ou 7016961	28/2/23	116.6

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
		A M	P C	I M	I V	

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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et prénom : ASSABANE ABDELKRIM

DATE ENTRE : 28//02/2023

DATE DE SORTIE : 28/02/2023

RESUME CLINIQUE

OEDEM MACULAIRE OD

INTERVENTION CHIRURGICAL
(INJECTION INTRAVITRIENE A LOEIL DROIT)

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Sous anesthésie topique

Mise en place de blépharostat

Reperage de la parsplana à 4mm du limbe

Subit une intervention chirurgicale (d'Injection intravitreéne dans l'œil droit)

Désinfection. Pommade antibiotique

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 84 43 78 - Fax: 05 28 84 43 78

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

NOTE D'HONORAIRE N° 126/2023

Date : 28/02/2023

Patient : MR ASSABBANE ABDELKRIM

Intervention : injection intra vitréenne l'œil DROIT

ACTE : k100

MONTANT : 1500 (MILLE CINQ CENT DIRHAM espèces)

ICE:
001777223000009

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba, Talborjt - Agadir
Tél: 0528848300 - Fax 0528848300

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophthalmologiste

Ex. Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie, laser rétinien, OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

DATE : 28 /02/2023

NOM ET PRENOM : ASSABBANE ABDELKRIM

58.00
- INDOCOLLYRE (fl.) 0.1 % (Indométacine)

34.00
1 goutte, 3 fois par jour, pendant 1 mois

24.60
- LIPOSIC (Carbomère 980) tube de 10g

24.60
1 goutte, 3 fois par jour, pendant 1 mois

- FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 15 jours

116.60
PHARMACIE BORI TADDART
45, Imm. 14 Programme Tigueni
Avenue des FAR - AGADIR
Tél: 05 28 82 32 13
ICE: 001606902000014

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophthalmologiste
Imm. Marhaba, Talborjt - AGADIR
Tél: 05288249300 Fax: 05288249300

Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne
Nom et adresse du fabricant / conditionneur
34961 Montpellier Cedex 2, France
416, rue Samuel Morse - CS 99535
LABORATOIRE CHAUVIN
مطابق مع الشروط الخاصة
DÉTENTEUR DE LA D.E. / DE L'AMM:



LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT: H8956
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 10-2022
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 03-2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

FRAKIDEX
Collyre 5ml LOT: H8225
ZENITH PHARMA FAB/ تاريخ الإنتاج 02-2022
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ EXP/ تاريخ الانتهاء 01-2024
6118001270118 PPV : 24,60 DHS