

## 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.

### 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

N° M21- 074274

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1651 Société : 165638

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Amine Abderrahmane

Date de naissance : 24.10.1949

Adresse : 122 lot EL FAH II - S.S. MAAROUF

CPA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.04.2023 091266718

Nom et prénom du malade : Amine Abderrahmane Age :

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

Nature de la maladie : Chirurgie de Cataracte

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 : 18.04.2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
18/04/2023				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/04/2023	434,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

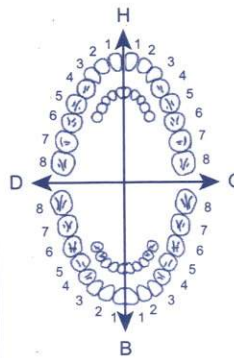
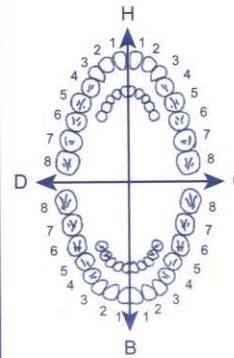
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

## COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom : AMINE	Médecin Traitant : PR KHAMAILY
Prénom : ABDERRAHMANE	Service d'Hospitalisation :
Age : 73 ans	IPP du Patient : 230330114633S.
Sexe : M	NDA Séjour :
Date et heure d'Intervention : 18/04/2023 10H00	

### INTERVENANTS :

PR KHAMAILY

PR MOUHIB

### INTERVENTIONS EFFECTUÉE :

CATARACTE

### MODE D'ANESTHÉSIE :

TOPIQUE

### COMPTE RENDU OPÉRATOIRE :

Badigeonnage à la Bétadine 10% puis désinfection des CDS à la bétadine diluée 5%

Incision secondaire au couteau 15° à 9H et 3H

Injection de viscoélastique

Incision 2.75 mm auto étanche

Capsulorhexis circulaire 6 mm

Phacoémulsification du noyau selon la technique stop and chop

Aspiration des masses en mode bi manuel

Implantation d'un IOL pliable 20.00 D dans le sac capsulaire

Lavage du produit viscoélastique

Hydrosuture de l'incision, zinnat en CA , pansement et pommade ATB





230330114633S.

**ORDONNANCE**  
18 avril 2023

Bouskoura, le :

**AMINE ABDERRAHMANE**

**Traitement de l'oeil opéré**

132.60  
**1/CATEX 500 mg**

1 cp 2 fois / jour ; 5 j

26.40  
**3/STERDEX PD**

1 app par jour , pendant 15 jours

149.00  
**4/THEALOSE**

99.00  
1 goutte x 4/ jour , pendant 1 Mois

**5/PHYLARM**

30.50  
1 Lavage par jour , pendant 15 jours

**6/ PANSEMENT OCULAIRE**

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant KHANOUSSI Mounir  
Ophtalmologie  
091266718

Ma Pharmacie  
30 Bis, Faou El Sidi Maarouf  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 78 62 05

13165

5000471

2052  
05-2021  
05 2024  
Lot:  
Fab:  
EXP:

215570  
2022-10  
2024-09  
LOT  
M

REF OHCO 100

1000069  
2022-11  
2027-10  
MIL

244



BTRO01/V<sub>3</sub>

D.m.a: 01/2022



Solution stérile à usage oculaire

# Phylarm

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

16 unidoses stériles de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**

Le 5 avril 2023

HOPITAL INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
ROUTE P 3011 BOUSKOURA  
CASABLANCA  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**Identifiant adhérent :** 0001651\_1949-07-01\_ABDERRAHMAN  
**N/REF :** 20230950021054  
**Adhérent :** AMINE ABDERRAHMAN

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDERRAHMAN AMINE.  
Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 8340.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1010.00 MAD

Validité de prise en charge : du 05-04-2023 au 05-07-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDERRAHMAN AMINE.


Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

- Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :
- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
  - Toute facture doit être accompagnée :
    - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
    - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
    - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
    - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
  - Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
  - Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

**BILLET DE PRE-ADMISSION**

N° admission	 2300239510
Nom patient	AMINE ABDERRAHMANE
Médecin	KHAMAILY MEHDI
Motif	CHIRURGIE
DATE ADMIS	13/04/2023
Encaissement	0,00

*Visa accueil*  
  
M.NAWAL 09:57





Reçu de caisse

N° : 2304071007570140 / 1 / 1.048

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300239510	AMINE ABDERRAHMANE	07/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		2.000,00
MUPRAS	Total payé	2.000,00
DEUX MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : N.HAKIMA

Patient : AMINE ABDERRAHMANE

Patient ID : 1413736364

Date de Naissance : 24/10/1949

(jj/mm/aaaa)

OD

Phakique

Mesures n : 1.3375

Aladdin Optique

AL : 23.62mm K1 : 43.74D @ 96°  
ACD : 3.30mm K2 : 44.48D @ 6°  
LT : 4.91mm CYL : -0.74D ax 96°  
CCT : 0.532mm AvgK : 44.11D  
WTW : 11.49mm

Cible réfractive : 0

Alcon  
SA60AT

SRK/T	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.00	0.69
19.50	0.36
<b>20.00</b>	<b>0.02</b>
20.50	-0.32
21.00	-0.66

IOL @ Cible  
20.03 A = 118.800

Bausch&Lomb  
Akreos Adapt

SRK/T	
IOL(D)	RÉF.(D)
18.50	0.72
19.00	0.39
<b>19.50</b>	<b>0.05</b>
20.00	-0.30
20.50	-0.65

IOL @ Cible  
19.57 A = 118.400

Bausch&Lomb  
Akreos Adapt

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.00	0.54
19.50	0.19
<b>20.00</b>	<b>-0.17</b>
20.50	-0.53
21.00	-0.90

IOL @ Cible  
19.76 LF = 1.569  
A = 118.400

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

Chirurgien : MOUHB

Date Examen : 31/03/2023 - 13:01

(jj/mm/aaaa)

Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Pr. Assistant KHAMAILY Mehdi

Ophtalmologie



091266718

OS

Phakique

Mesures n : 1.3375

Aladdin Optique

AL : 23.25mm K1 : 44.10D @ 84°  
ACD : 3.37mm K2 : 45.01D @ 174°  
LT : 4.89mm CYL : -0.91D ax 84°  
CCT : 0.526mm AvgK : 44.56D  
WTW : 11.54mm

Cible réfractive : 0

Alcon  
SA60AT

SRK/T	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.50	0.81
20.00	0.48
<b>20.50</b>	<b>0.15</b>
21.00	-0.19
21.50	-0.53

IOL @ Target  
20.72 A = 118.800

Bausch&Lomb  
Akreos Adapt

SRK/T	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.00	0.83
19.50	0.50
<b>20.00</b>	<b>0.16</b>
20.50	-0.19
21.00	-0.53

IOL @ Target  
20.23 A = 118.400

Bausch&Lomb  
Akreos Adapt

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.50	0.73
20.00	0.38
<b>20.50</b>	<b>0.02</b>
21.00	-0.33
21.50	-0.70

IOL @ Target  
20.54 LF = 1.569  
A = 118.400

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant KHAMAILY Mehdi  
Ophtalmologie


CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2303311215540580 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300238733	AMINE ABDERRAHMANE	31/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4989	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ESSEBBAR



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300238733

## F A C T U R E

N° 12 786 / 2023 du 31/03/2023

Nom patient : AMINE ABDERRAHMANE

Entrée 31/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation pre-anesthesique	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Hopital Universitaire  
International Mohammed VI  
Cons. Amine Abderrahmane  
090063728

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300238609

## F A C T U R E

N° 12 658 / 2023 du 30/03/2023

Nom patient : AMINE ABDERRAHMANE

Entrée 30/03/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Consultations Adultes

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2303301148410580 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300238609	AMINE ABDERRAHMANE	30/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4978	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ESSEBBAR





مركز النقدیات

31/03/23

12:18:02

9900240871

92408701

HM6 CONSULTATION AD

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA

AMINE ABDERRAHMANE

xxxxxxxxxxxxxx0100

12/23 CARTE NATIONALE

1E8B37FDDB9836A0

220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 0D5325

STAN : 004989

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز النقديات

30/03/23

11:50:51

9900240871

92408701

HM6 CONSULTATION AD

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA

AMINE ABDERRAHMANE

xxxxxxxxxxxxxx0100

12/23 CARTE NATIONALE

75F64BD05ED8C34E

220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 0Q0058

STAN : 004978

DEBIT

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



مركز الدفعات

## ACHAT

07/04/23

10:11:30

9900240830

92408303

**HM6 BAF CENTRALE**

Bouskoura

A0000000031010

\*\*\*\*\*0100

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**2000,00 MAD**

Num Transaction

: 005

Num Autorisation

: 0Q3718

STAN

: 001048

---

TICKET CLIENT