

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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



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

18 9928

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042972

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAHJOUBI Mohammed  
Date de naissance : 01/01/1950  
Adresse : 37 lot Laimoun A. Lissanfa  
Casablanca  
Tél. : 0664451866 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 / 12 / 2023  
Nom et prénom du malade : MAHJOUBI Mohammed Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : cataracte du droit  
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 : .....  
Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
05/01/2023		Voir facture N° 38/2023	Soit: 9000dh	
INPE:060065349				

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

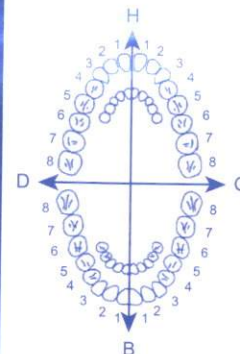
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

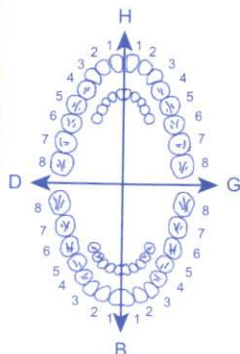
FIN D'EXECUTION

# 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

# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

CASABLANCA

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>MAHJOUBI MOHAMMED</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>RAISS ABDERRAHMANE</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>05/01/2024</b>	
Date sortie	<b>05/01/2024</b>	
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : MERIAME 08/01/2024 11:51 PT231221095331-002		

○ CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
DE CASABLANCA  
Tel: 05 22 94 12 12 - 05 22 99 33 77

Reçu de caisse

N° : 24010511472204600 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
PT231221095331-002	MAHJOUBI MOHAMMED	05/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	ART N° 244646 LUI MEME	9 000.00
PAYANT	Total payé	9 000.00
NEUF MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : FATHIA

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
DE CASABLANCA  
Tel: 05 22 94 12 12 - 05 22 99 33 77

**CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 05/01/2024

Références

38 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/01/2024 - 05/01/2024

Le Dr. **RAISS ABDERRAHMANE**présente à Mr **MAHJOUBI MOHAMMED**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**3 000.00 Dhs TROIS MILLE DIRHAMS**

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Cachet et signature

**CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 05/01/2024

Références

38 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/01/2024 - 05/01/2024

Le Dr. **TAZI FAOUZI**présente à Mr **MAHJOUBI MOHAMMED**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**500.00 Dhs CINQ CENTS DIRHAMS**

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Cachet et signature





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

### Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte  
par Phacoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

### الدكتور الرايس عبد الرحمان

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca le 05/01/2024

### COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

*Le patient MAHJOUBI Mohammed à bénéficié d'une opération de cataracte à l'œil droit*

*J'ai opéré ce patient sous anesthésie topique, l'intervention a consisté en l'extraction du cristallin par une incision tunellisée, étroite, auto étanche et phacoémulsification, avec mise en place d'un implant pliable à globe fermé.*

*L'intervention s'est déroulée normalement et le patient a pu sortir comme prévu. Le traitement de sortie a consisté en l'instillation de Icomb 5x/jour.*

*Lors du dernier contrôle postopératoire, L'examen Bio microscopique était normal.*





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

## F A C T U R E

N° 38 / 2024 du 05/01/2024

Nom patient	MAHJOUBI MOHAMMED	Entrée 05/01/2024	Sortie 05/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

CATARACTE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BLOC	1.00		1 200.00	1 200.00
			Sous-Total	1 200.00
Implant	1.00		2 000.00	2 000.00
PHARMACIE	1.00		250.00	250.00
Consommable	1.00		2 050.00	2 050.00
			Sous-Total	4 300.00
Total Frais Clinique				5 500.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. RAISS ABDERRAHMANE (ophtalmologue)	1.00		3 000.00	3 000.00
DR. TAZI FAOUZI (anesthésiste)	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	3 500.00
Total prestations externes				3 500.00

	Total général	9 000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
NEUF MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	9 000.00		9 000.00	0.00

Ref Chq : ART N° 244646/

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
DE CASABLANCA

52, Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc - Tél. : 05 22 94 12 12 / 05 22 99 33 77  
I.F N°: 37541579- Taxe Professionnelle N°: 35780687 - CNSS N°: 1703858- ICE : 002273450000002  
E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com