

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0050767

102879

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12108 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAGHARI BOUCHRA
 Date de naissance : 28/06/1976
 Adresse : 399, Bd de BORDJ BOUC
 Tél. : 06 61 30 41 63 Total des frais engagés : 11 000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/02/2023
 Nom et prénom du malade : IKHIAK Age : 46 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Strolime ad
 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) : /

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
29.02 2024	Facture 04502/24	9	3000,00 DH 800,00 DH 1200,00 DH	CLINIQUE JERRADA CASABLANCA 113, Av. Abderrahim EL MOUMINE Tél : 0522 23 81 11 - Fax : 0522 23 81 81 E-mail : direction@jerrada.ma

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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"/>



Cure chirurgicale de strabisme

CASABLANCA le 29/02/2024

PATIENT

: IKHIAR YOUSSEF

Diagnostic : strabisme verticale

Œil Opéré : droit

Chirurgien : DR laouissi

Type d'anesthésie : générale

Anesthésiste :

- Signe de l'anesthésie: hypotropie droite, test de duction forcé objectif une limitation de l'élévation passive , normal pour les autres directions
- Badigeonnage à la Bétadine .
- Mise en place du blépharostat
- Lavage des culs de sac conjonctivaux à la bétadine ophtalmique.
- Incision conjonctivales limbique inférieure
- Charge du muscle droit inférieur droit
- Recul du droit latéral droit de 6 mm de son insertion.
- Suture des incisions conjonctivales avec un surjet de vicryl 6/0
- Pommade maxidrol
- Pansement

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur de Neurologie
75, Boulevard Abdelmoumen
Nes Koutoubia Casablanca
T: +212 22 99 45 00 / 05 22 99 00 15

PROFESSEUR LAOUISSI NADIA
Spécialiste en Ophtalmologie, Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CASA
Ex. Attachée au CHU de NANTES (FRANCE)
Chirurgie du Strabisme

Casablanca, le 29/02/2024

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur : NADIA LAOUISSI

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Enfant IKHIAR YOUSSEF

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires pour un acte coté :

- STRABISME

Soit la somme de : 8000.00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de huit mille Dh.

CACHET ET SIGNATURE

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
76, Boulevard Abdel Moumen
Res Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 45 00 / 05 22 99 00 15

76, Boulevard Abdel Moumen - Résidence Koutoubia 1^{er} étage
Télé : 022-99-46-00

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 29-02-2024

Facture N° 04502/24

A. Identification

N° Dossier : CJO24B29073922 N° Identifiant : 087744/24
Nom & Prénom : Enf. IKHIAR YOUSSEF
C.I.N :
Adresse : LOT ARD NAKHLA RUE 10 NB 0 CALIFORNIE

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-02-2024

Date Sortie : 29-02-2024

Médecin traitant : DR . LAOUISSI NADIA

Traitement : STRABISME

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
REANIMATION						
1	SEJOUR AMBULATOIRE		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
INTERVENTION						
1	STRABISME		1 216,91			1 216,91
Total Rubrique :						1 216,91
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		483,09			483,09
Total Rubrique :						483,09
PARTIE CLINIQUE :						2 100,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MEDECIN ANESTHESISTE		900,00			900,00
1	DR. LAOUISSI NADIA (OPHTALMOLOGUE)	rd	0,00			0,00
Total Rubrique :						900,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						900,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 3 000,00

TROIS MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :
ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 29/02/2024 au 29/02/2024

Patient : Enf. IKHIAR YOUSSEF

N° Dossier : CJO24B29073922

Organisme : PAYANT

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
CASAQUE JETABLE - COM	10,00 Dh	1	10,00 Dh
CHARLOTTE - COM	1,00 Dh	1	1,00 Dh
STERISON COMPRESSES OCULAIRES ADULTE B10 - M	1,82 Dh	2	3,64 Dh
SURCHAUSSURES - COM	1,00 Dh	2	2,00 Dh
CHAMP DE TABLE 150 X 200 CM - HEM	40,50 Dh	1	40,50 Dh
CHAMP TROUE100*130 (001) - MAT	52,50 Dh	1	52,50 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01) - CON	7,00 Dh	1	7,00 Dh
ELECTRODES - COM	2,11 Dh	3	6,33 Dh
FILTRE ANTIBACTERIEN ENF - COM	22,50 Dh	1	22,50 Dh
FILTRE ANTIBACTERIEN ADULTE - COM	20,00 Dh	1	20,00 Dh
GANT STERILE SANS POUDRE 7,5 (001) - COM	12,50 Dh	2	25,00 Dh
GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 7.5 - COM	6,84 Dh	2	13,68 Dh
INTRANULE G22 BLEU - COM	2,50 Dh	3	7,50 Dh
SERINGUE 1 CC - COM	2,00 Dh	2	4,00 Dh
SERINGUE 10 CC - COM	3,00 Dh	1	3,00 Dh
SERINGUE 20 CC - COM	3,00 Dh	1	3,00 Dh
SONDE D'ASPIRATION TTE CH (001) - COM	4,00 Dh	1	4,00 Dh
SONDE TRACHEALE CH 5.5 A/B (001) - COM	12,00 Dh	1	12,00 Dh
			237,65 Dh

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 10 MG / ML SO 1 BOITE DE 1 POCHE DE 100 ML	18,80 Dh	1	18,80 Dh
BETADINE 0,1 SO 1 FLACON DE 125 ML	15,60 Dh	1	15,60 Dh
PROPOFOL FRESenius 0,01 EM 1 BOITE DE 1 FLACON DE 100 ML	36,64 Dh	1	36,64 Dh
ROCURONIUM SP 10 MG / ML SO 1 BOITE DE 10 FLACONS DE 5 ML	24,40 Dh	1	24,40 Dh
			95,44 Dh

GAZ

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ISOFLURANE 1MIN - aero	2,50 Dh	30	75,00 Dh
OXYGENE BLOC (001) - ANE	1,50 Dh	50	75,00 Dh
			150,00 Dh

Total global : 483,09 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS
115, Av. Abdelrahim Bouabid
CASABLANCA
Tel : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER CJO24B29073922

NOM DU PATIENT Enf. IKHIAR YOUSSEF

MÉDECIN TRAITANT LAOUISSI NADIA

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 29/02/2024

DATE DE SORTIE 29/02/2024

MODE DE SORTIE normal

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abdelrahim Bouabid
CASABLANCA
Tel : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 29-02-2024

DR. MEDECIN ANESTHESISTE

PATIENT : Enf. IKHIAR YOUSSEF

HONORAIRES : 900,00 Dh
(NEUF CENTS DIRHAMS)

