

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- 0028747

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7750 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOURHAB LOUA
Date de naissance : 25 05 1961
Adresse : BOUSKOURA
Tél. : 0614013642 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. ELBELHADJ MOHAMED
Ophtalmologiste

Date de consultation : 09-10-2019

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/04/24	N° 26288124		14230,90	Pr. ELBELHADJI MOHAMED Ophtalmologiste 091032789
02/05/24			G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHOKR Dr ZINE EL ABIDINE Zakia Km 14 Douar Ouled Malek Boukoura Casablanca Tél 33 9 03 81	25/04/24 02/05/24	190,40 21,40

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient DES TRAVAUX	
<div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div>	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX	
	<div><div><div>25533412 00000000</div><div>21433552 00000000</div></div><div><div>D</div><div>G</div></div><div><div>00000000 35533411</div><div>00000000 11433553</div></div><div>B</div></div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



ORDONNANCE



2400308860 / 220103155037BE

Prénom : LEILA

Nom : BOURHABI

DDN : 25/05/1967 E: 25/04/2024

Service : HDJ CHIRURGIE (NA)

PAYANT
Sexe: F

Bouskoura, le :

27/4/2024

- Repos strict au lit
- Glacons su b paracétamol oralise
4x/j p¹ 4i 1/4 d'ibuprofène à clop
- 19,46
Mala-dex 2d S.V. la plaie
- opératoire 2x/j
- Paracétamol oralise (glaçons 1000)

PHARMACIE CHOIR
DR. EL ARIDINE ZAKIA
Km 4 Bouskoura Casablanca
Tél : 212 5 29 09 11 11

- 23,11
Ibuprofène 1000 1/4x4/
- 4,58
Paracétamol 1000 1/2x4/
- 92,11
Ibuprofène 1000 1/2x4/
- 190,40
Paracétamol 1000 1/2x4/

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
ABELHADJI MOHAMED
Ophtalmologiste

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400308860

F A C T U R E

N° 26 288 / 2024 du 25/04/2024

Nom patient : BOURHABI LEILA Entrée 25/04/2024
Prise en charge : PAYANTS Sortie 25/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
K225	1,00		16 875,00	16 875,00
			Sous-Total	16 875,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		355,90	355,90
			Sous-Total	355,90
Total Frais Clinique				17 230,90

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DIX-SEPT MILLE DEUX CENT TRENTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES	Total 17 230,90

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			17 230,90		17 230,90	0,00



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BOURHABI LEILA	N° Facture 26 288	2400308860
-------------------------------------	--------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ATROPINE PROMOPHARM 1 1 MG INJECTA (100	1	1,78	1,78
CHLORURE DE SODIUM 0,9% 0,9%Po500 INJEC	3	12,80	38,40
EPHÉDRINE AGUETTANT 3 30MG INJECTA (10)	1	9,28	9,28
FENTANYL JANSSEN 500 500 µG/10 INJECTA	1	19,21	19,21
LIDOCAINE LAPROPHAN 2% I 0,02 INJECTA (0	1	10,30	10,30
MAXICLAV 1G/200 MG PO 1G/200 POUDRE (0	1	24,90	24,90
METHYLPREDNISOLONE 12 120MG INJECTA (20)	1	35,00	35,00
MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG 5MG INJECTA (10	1	7,87	7,87
PROPOFOL FRESENIUS 200MG 200MG INJECTA (2	28,62	57,24
ROCURONIUM SP PH 50MG 50MG INJECTA (10)	1	24,40	24,40
Sous-Total médicaments			228,38
BRACELET D'IDENTIFICATION ADULTE	1	1,50	1,50
CANULE DE GUEDEL PVC N 4	1	6,20	6,20
COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	1	1,94	1,94
ELECTRODE ECG ADULTE/ENFANT	3	1,03	3,09
FILTRE ANTIBACTERIEN ADULTE	1	16,89	16,89
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE M	2	0,98	1,96
INTRANULE G 18	1	2,44	2,44
INTRANULE G 20	2	1,69	3,38
MASQUE A O2 HAUT CONCENTRATION AD	1	8,05	8,05
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,86	5,86
SERINGUE 10ML	5	2,43	12,15
SERINGUE 20ML	1	1,40	1,40
SERINGUE 5ML	4	1,62	6,48
SONDE D'ASPIRATION PVC CH.14	1	2,09	2,09
SONDE D'INTUBATION ARMEE A/B N°7	1	35,88	35,88
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. EC	3	0,44	1,32
TUBE ANNEL	1	16,89	16,89
Sous-Total consommable médical			127,52
Total pharmacie			355,90





COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom : BOURHABI	Médecin Traitant : pr
Prénom : LEILA	Service d'Hospitalisation :
Age : 56 ans	IPP du Patient : 220103155037BE
Sexe :	NDA Séjour :
Date d'Intervention : 25/04/2024	

INTERVENANTS : Pr. ELBELHADJI

INTERVENTIONS EFFECTUÉE :- 2 poches palpébrales inf. OD ; 1 poche palpébrale inf. OG

MODE D'ANESTHÉSIE : ANESTHESIE GENERALE

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE : -blépharoplastie inférieure bilatérale par voie conjonctivale

Oeil droit :

- Traction de la paupière inférieure par de la paupière inférieure par de la soie 4.0
- Incision conjonctivale au niveau du fornix inférieur OD
- Dissection de la conjonctive -Fil de traction sur la conjonctive par un fil Vicryl 6.0
- Dissection de la TENON et individualisation des deux poches palpébrale médiane et externe
- Ablation des poches palpébrales inférieure médiane et externe de l'oeil droit
- suture de la conjonctive incisée par 2 points en U par du Vicryl 6.0
- Application de pommade antibio-corticoïde et de compresses glacées -Pansement compressif

Oeil gauche :

- Traction de la paupière inférieure par de la paupière inférieure par de la soie 4.0
- Incision conjonctivale au niveau du fornix inférieur OG
- Dissection de la conjonctive -Fil de traction sur la conjonctive par un fil Vicryl 6.0
- Dissection de la TENON et individualisation d'une poches palpébrale médiane
- Ablation de la poche palpébrale inférieure médiane de l'oeil gauche
- suture de la conjonctive incisée par 1 points du Vicryl 6.0
- Application de pommade antibio-corticoïde et de compresses glacées -Pansement compressif

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. ELBELHADJI MOHAMED
Ophtalmologiste
SIGNATURE :
090332789



220103155037BE

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

02 mai 2024

Mme BOURHABI LEILA

DEXAFREE unidoses

ou lotemax collyre

- 1 goutte 3 fois pendant 5 j
- 1 goutte 2 fois pendant 5 j
- 1 goutte 1 fois pendant 5 j, dans les deux yeux

FRAKIDEX pommade

1 app le soir, dans les deux yeux

*→ droite
→ gauche*

PHARMACIE CHOKR
Dr ZINE EL ABIDINE Zakia
Km 14 Douar Ouled Malek
Bouskoura Casablanca
Tél : 22 59 03 81

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. ELBELHADJI MOHAMED
Ophtalmologiste



094032789

COOPER PHARMA
PPV: 72,00 DH

26088003

PPV: 19,40 DH