

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

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

N°D: 15598

Déclaration de Maladie : N° P19-0004112

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAMLLIHI Rhady Date de naissance : 1-1-47

Adresse : KASR NOUZZHA, Collège au Hall, Casa

Tél. : 06-61-18-17-11

Total des frais engagés : 13,99\$

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2017

Nom et prénom du malade : Khamllichi Rhady Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. rhum. chronique

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) :

[Signature]

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
03/01/2005	dent 3/6	1	150,00	

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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'OD

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 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

[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

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



مستشفى العيون
للدوار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le :



81501

03 janvier 2020

Mme KHAMLIHI Khadija Agé de 73 ans

DOIS ETRE OPERER DE : IVT OG

DR BENKIRAN ABDELFTTAH

Docteur
A. BENKIRAN
Ophtalmologiste

Urgence 24/24



Casablanca le :

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom Prénom : KHAMLICH KHADIJA
Date D'intervention : 03/01/2020
Chirurgien : DR A.BENKIRAN
Anesthésiste : Dr EL KASRI
Intervention : Injection intra vitreuse OG

- Asepsie rigoureuse à la Bétadine
- Repérage du site d'injection à 4 mm du limbe supérieur
- injection intra vitreuse anti VEGF

Dr A. BENKIRAN
Ophtalmologiste

Urgence 24/24

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux
Laser Angiographie Lentilles de contact
022.25.71.71 / 022.25.11.15

F A C T U R E

N° : 3 / 2020 du 03/01/2020

Nom patient **KHAMLIHI KHADIJA**
PAYANT

Entrée 03/01/2020

Sortie 03/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE	1,00	CH	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K40	914,50	914,50
OZURDEX	1,00		9 771,00	9 771,00
			<i>Sous-Total</i>	11 085,50
PHARMACIE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Clinique				11 385,50

DR. BENKIRAN ABDELFTTAH (ophtalmologue)	1,00	K40	1 614,50	1 614,50
			<i>Sous-Total</i>	1 614,50
Total Autres prestations				1 614,50

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TREIZE MILLE DIRHAMS	Total	13 000,00

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tel.: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدرا البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 03/01/19

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur

DR A. BENKIRAN
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15

A L'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme, Mr, Mlle

KHAMRICHATI KHADIGA

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire.

Soit la somme de

1500

DR A. BENKIRAN
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15

1500 DHS

Urgence 24/24

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

Reçu de caisse

N° : 2001030913260210. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
33/20	KHAMLIHI KHADIJA	03/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		13 000,00
PAYANT	Total payé	13 000,00
TREIZE MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : OCC

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél.: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

06/01/2020
12:33Nom Patient : **KHAMLIHI KHADIJA**Numéro dossier : **33/20**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
06/01/2020	BSS AQSIA 500ML OPHTAL	0	1,00	120,00	120,00
06/01/2020	CELESTENE 8MG INJ (01)	0	1,00	49,00	49,00
06/01/2020	MAXIDROL COLLYRE COLLYRE (01)	0	1,00	18,70	18,70
06/01/2020	MYDRIATICUM 0.5% 10 ml collyre (01)	0	1,00	25,90	25,90
06/01/2020	INDOCOLYRE 5 ML COLLYRE (01)	0	1,00	58,00	58,00
06/01/2020	CHAMP JETTABLE	0	1,00	28,40	28,40
Total pharmacie					300,00

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons 09515
Casablanca
Tél.: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15



OZURDEX 700 microgrammes

Implant intravitréen avec applicateur



6 118001 251742

PH : 9771 DH 00



Ozurdex®

**700 microgrammes, implant
intravitréen avec applicateur**

Dexaméthasone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.