

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Be.
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 048692

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 673 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBti ABDALLAH

Date de naissance :

Adresse : 24 AV. de la CHERCASSAN AN EN

Tél. : 0661323624 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : SEBti ABDALLAH Age :

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

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

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
23/11/22	INS EYCE 400			
	frais cheque	11 000 Dn		
	frais Red	2000 Dn		

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

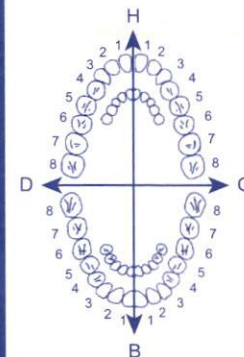
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

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	

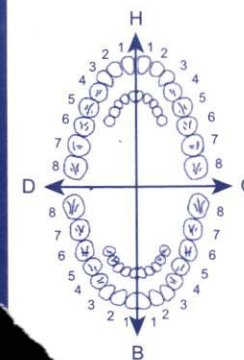
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني
متخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس
Docteur Maryem LAMRANI

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris
Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris*

Casablanca, le 23/11/2022

SEBTI Abdelali

OEDEME MACULAIRE ŒIL GAUCHE: injection intravitréenne Eylea

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 23148 / 2022 du 30/11/2022

Nom patient **SEBTI ABDELALI**
PAYANT

Entrée 23/11/2022
Sortie 23/11/2022

INJECTION EYLEA OG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	11 000,00	11 000,00
			<i>Sous-Total</i>	11 000,00
Total Clinique				11 000,00

DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue)	1,00		2 000,00	2 000,00
			<i>Sous-Total</i>	2 000,00
Total Autres prestations				2 000,00

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massara El Khadra - Casablanca
Tél : 05 22 77 40 40 et 05 22 94 29 47

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01



CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE

CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MR SEBTI ABDELALI	
23/23/2022	Diagnostic : ODEME MACULAIRE OG..... Traitement : INJECTION INTRA VITREENNE+EYLEA

Rappel :

Opérateur : Docteur ...LAMRANI MAEYEM

Anesthésie TOPIQUE

Intervention :
INJECTION OG

- Sous anesthésie topique
- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les Culs de sacs conjonctivaux de 3 min
- Pose d'un champ auto collant stérile ;
- Repérage au compas de site d'injection à 4 mm du limbe
- Injection intra vitrénne d'anti-inflammatoire
- Vérification positive de la vision par la vue des doigts
- Pommade antibiotique.
- Pansement.

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 40 et 05 22 94 29 4

CLINIQUE AL MADINA
FACILITATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : SEBTI ABDELALI		Chambre : NA
Médecin traitant LAMRANI MARYEM	Prise en charge PAYANT	
Date entrée 23/11/2022	Date sortie 23/11/2022	
Diagnostic : INJECTION EYLEA OG		
Le caissier	L'infirmier	RDV
Billet de sortie établi par : KINANI 30/11/2022 10:35 H2219132		

Nb: Veuillez ramener obligatoirement ce billet de sortie lors de votre prochain RDV.

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 10 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01