

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0051768

148113

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEKKAT Mohammed

Date de naissance : 20.12.1936

Adresse : 32 Lotissement Sindibred A Diab Casa

Tél. : 0613074647

Total des frais engagés : 8550,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/01/2023

Nom et prénom du malade : Saladin mohamed SEKKAT

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : cala zelle

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 : Casa

Le : 3.02.2023

Signature de l'adhérent(e) :

2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
24/01/23	858/2023		8000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ONZAG 168, Lotissement SINDIBAD Aïn Dhal - CASABLANCA Tél : 06.22.79.78.74	24/01/23	550,30

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 :

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 <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

16 JAN. 2023

SALAH DIN Mbdlo

Ep Sebbat

Chirurgie de l'oeil

de l'oeil

Pr. L. ELMAALOUM
د. ليلى المألولوم
Professeur en Ophtalmologie
Médicale et Chirurgicale
INPE : 091225649

URGENCES 24H/24H

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél.: 05 22 46 72 05 - E-mail : cliniquemerssultan@gmail.com - cms@cliniquemerssultan.com
www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010



NOM ET PRENOM :

SALADIN Nadien ED. SEKKAT

1- Sepcen 500mg : 1 cp x 2/j, pendant 8 jours

2- Zylet collyre : 1 goutte x 6/j pendant 15 jours

3- Optipred collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 15 jours

Puis 1 goutte x 4/j pendant 15 jours, puis 1 goutte x 2/j pendant 10 jours

4- Indocollire collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 15 jours

Puis 1 goutte x 4/j pendant 15 jours, puis 1 goutte x 2/j pendant 10 jours

5- Mydriaticum collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 8 jours

6- Thealose collyre : 1 goutte x 6/j, pendant 2 mois

7- Panssement auto occlusif : A changer chaque jours

pendant 5 jours (mettre les collyres et le remettre)

SEPCEN 500 mg

LOT: 05822016
PER: 11/2025
PPV: 77.80 DH

6

ZENITH + LOMB

POUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.
لاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 147,00 DHS

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عبار H8619
Collyre 5ml ☐ FAB/تاريخ الانتاج 09-2022
ZENITH PHARMA ☐ EXP/تاريخ الانتهاء 02-2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH

6 118001 070428

3°662042°003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

URGENCES 24H/24H

F A C T U R E

N° 858 / 2023 du 24/01/2023

Nom patient	SALADIN EP SEKKAT NADIA	Entrée 24/01/2023	Sortie 24/01/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CATARACTE O.D	1,00		8 000,00	8 000,00
			Sous-Total	8 000,00
Total				8 000,00

	Total général	8 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	8 000,00		8 000,00	0,00

Ref Chq : CHN*1543064/BMCE/

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Bd Omar El Idrissi
Casablanca (1)
Tél: 05 22 27 72 72



BILLET DE SORTIE

Nom du patient : SALADIN EP SEKKAT NADIA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	EL MAALOUM LOUBNA	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	24/01/2023	
Date sortie	24/01/2023	12:52
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : AMAL 24/01/2023 11:54 23A240859		

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca
Tél: 05 22 27 72 72



Compte rendu cataracte

Nom et prénom du malade : SALADIN NADIA EP.SEKKAT

Œil : ☒ Droit ☐ Gauche

CHIRURGIEN : Pr ELMAALLOUM

Anesthésie : ☐ local ☐ générale ☒ topique

- Mise en place du blépharostat
- Lavage des CDS conjonctivaux a la Bétadine
- PCA à 11h avec porte de service à 1H
- Injection du bleu vision
- Injection d une bulle d air
- Injection du produit visqueux élastique
- Capsulorhexis antérieur
- Hydro dissection et hydro délinéation
- Phacoémulsification
- Lavage – aspiration des masses en mode IA
- Implantation d un ICP pliable dans le sac
- Lavage du visqueux
- Hydro suture
- Injection sous conjonctivale de corticoïde
- Désinfection et pansement

URGENCES 24H/24H