

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-003965

170923

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 321 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAZI ABDES
 Date de naissance : 31-12-1940
 Adresse : Bd KENNEDY Lot Youssef NR3 Taramfa Casablanca
 Tél. : 0658.88.50.44 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
39, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél : 05 22 94 29 40 et 05 22 94 29 47

Date de consultation : 07/02/2023
 Nom et prénom du malade : TAZI ABDES Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ophtalmologique
 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
07/06/2023	Injection Eylan 0.5	—	Frais Clinique 10.066,00 Frais Médecin 2934,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدية الصناعة</p> <p>Pharmacie de l'Industrie</p> <p>Km 11,5 Bd. Chafchaouni N°84</p> <p>Z.I. Sidi Bernoussi - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 15 22 25 - Fax: 05 22 34 08 01</p> <p>INPE</p> <p>092034651</p>	07/06/2023	110,70 DHS

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	

POUR

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 7 juin 2023

TAZI Abbes

Instiller dans les yeux,

Mo. 70
XOLAMOL

1 goutte 2 fois par jour, à 12 heures d'intervalle, pendant 3 mois

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

صيدلية الصناعة
Pharmacie de l'industrie
Km 11,5 Bd. Chafchaoui N°84
Z.I. Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 05 22 15 22 25 - Fax : 05 22 34 08 01

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
Bd El Massira El Khadra - Casablanca
05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

Xolamol® 20 mg/ml + 5 mg/ml, Collyre en solution **Dorzolamide + Timolol**

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si leurs symptômes sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.
- Le nom complet de ce médicament est Xolamol® Collyre en solution mais dans la notice, il sera appelé Xolamol® collyre.

1. Qu'est-ce que Xolamol® collyre et dans quels cas est-il utilisé

Xolamol® collyre est une combinaison de deux médicaments: dorzolamide et timolol.

- Le dorzolamide appartient à une classe de médicaments appelés «inhibiteurs de l'anhydrase carbonique».
 - Le timolol appartient à une classe de médicaments appelés «bêta-bloquants».
- Xolamol® collyre est prescrit pour abaisser la tension élevée dans l'œil dans le traitement du glaucome quand le collyre bêta-bloquant utilisé seule n'est pas suffisant.

2. Avant d'utiliser Xolamol® collyre

N'utilisez pas Xolamol® collyre si vous êtes allergique au dorzolamide ou au timolol, les bêta-bloquants ou l'un des autres composants de ce médicament (cités dans la section 6).

- vous avez maintenant ou avez eu dans le passé des problèmes respiratoires tels que l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique sévère (maladie pulmonaire sévère qui peut provoquer une respiration sifflante, une difficulté à respirer et/ou une toux de longue date).
- vous avez des problèmes rénaux sévères, ou des antécédents de calculs rénaux.
- vous avez une perturbation dans le pH (équilibre acide/alcali) de votre sang.
- vous avez certains problèmes cardiaques, y compris certains troubles du rythme cardiaque produisant un rythme cardiaque anormalement lent ou une insuffisance cardiaque grave.

Si vous pensez que l'un de ces cas vous concerne, n'utilisez pas Xolamol® collyre avant d'avoir consulté votre médecin.

Faites attention avec Xolamol® collyre Avant d'utiliser ce médicament, dites à votre médecin si vous avez ou avez eu dans le passé.

- maladie coronarienne (les symptômes peuvent inclure une douleur ou oppression thoracique, un

Si vous oubliez d'utiliser Xolamol® collyre

Il est important d'utiliser Xolamol® collyre tel que votre médecin vous l'a prescrit.

Si vous manquez une dose, appliquez-la dès que possible. Cependant, s'il est presque temps pour votre prochaine dose, sautez la dose oubliée et reprenez votre programme de dosage régulier.

Ne prenez pas de double dose pour compenser la dose oubliée.

Si vous arrêtez d'utiliser Xolamol® collyre

Si vous voulez arrêter d'utiliser ce médicament, consultez d'abord votre médecin.

Si vous avez d'autres questions concernant l'utilisation de ce médicament, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

4. Effets secondaires possibles

Comme tous les médicaments, Xolamol® collyre peut provoquer des effets secondaires, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Vous pouvez habituellement continuer à prendre les gouttes, sauf si les effets sont graves. Si vous êtes inquiet, parlez à un médecin ou un pharmacien. N'arrêtez pas d'utiliser Xolamol® sans en parler à votre médecin.

Si vous ressentez un des effets indésirables graves suivants, arrêtez d'utiliser ce médicament et prévenez immédiatement votre médecin ou rendez-vous au service des urgences de l'hôpital le plus proche.

- Réactions allergiques généralisées y compris un gonflement sous la peau qui peut se produire dans des zones tels que le visage et les membres, et peut entraver les voies respiratoires ce qui peut entraîner une difficulté à avaler ou à respirer.

urticaire ou éruption cutanée avec démangeaisons, éruption localisée et généralisée de démangeaisons, réaction allergique sévère.

- Maladie grave avec gonflement de la peau, bouche, les yeux et la fièvre. Une éruption rose-rouge en particulaire des pieds qui Comme d'autres médicaments, Xolamol® collyre peut entraîner des effets comme on le voit avec la voie intraveineuse et effets indésirables systémiques. L'usage topique est plus faible, sont, par exemple, par injection.

Les effets indésirables avec Xolamol® collyre

Très fréquent (affectant plus

زولامول®
Xolamol®

Lot: A A 0 2 9 5

Fab: 0 1 2 3

Exp: 0 1 2 5

P.P.V : 110 DH 70



الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُونِ خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز

Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

04/06/2023

TAZI Asbes

Injection intravitreuse Eylea oeil
droit pour œdème maculaire
sur occlusion de la veine centrale
de la rétine

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

MULTIDISCIPLINAIRE

090006784



F A C T U R E

N° : 14681 / 2023 du 07/06/2023

Nom patient **TAZI ABBES**
PAYANT

Entrée 07/06/2023
Sortie 07/06/2023

INJECTION EYLEA OD

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRODUIT EYLEA	1,00		8 866,00	8 866,00
FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	10 066,00
Total Clinique				10 066,00

DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue)	1,00		2 934,00	2 934,00
			Sous-Total	2 934,00
Total Autres prestations				2 934,00

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 Massira El Khadra - Casablanca
Tel : 05 22 94 24 46 et 05 24 94 29 47

CLINIQUE AL MADINA
FACULTATION
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tel : 05 22 94 24 46 et 05 24 94 29 47

CLINIQUE AL MADINA
MULTIDISCIPLINAIRE

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient Mr TAZI ABBES

Chirurgien DR. LAMRANI MARYEM

Anesthésiste

Nature de l'intervention INJECTION EYLEA OD

Date intervention 07/06/2023

Type d'anesthési Topic

- Patient(e) en décubitus dorsal, sous anesthésie loco-régional.
- Désinfection de la région à opérer à la Bétadine.
- Mise en place d un champ stérile.
- Mise en place d un blepharostat.
- Injection du produit Eylea lentement.
- Instillation du collyre ATB.
- Rondelle oculaire.

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTHALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél.: 05 22 94 29 40 et 05 22 94 29 47

CLINIQUE AL MADINA
Facturation
3, Bd Panchanque - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 00 et 05 22 77 77 01 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 07/06/2023 Heure 08:17

Nom et Prénom du patient Mr TAZI ABBES

Age ou Date Naissance 84 - 31/12/1940

N° Cin du patient ou du tuteur B39866

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant LAMRANI MARYEM

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0
0,00

Motif d'hospitalisation INJECTION EYLEA OD

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - RAM

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 07/06/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE AL MADINA
32, Bd Panoramique Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 Fax : 05 22 25 00 01