

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 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.

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

M23-003968

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32A Société : 170924

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZI ABBES

Date de naissance : 31-12-1940

Adresse : Bd KENNEDY LOT JOUSEF NR3 Paranga Casa

Tél. : 0658.88.56.44 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
30, rue El Massira El Khadra - Casablanca
Tél: 05 22 29 46 et 05 22 29 47

Date de consultation : 26 / 07 / 2019

Nom et prénom du malade : TAZI ABBES Age :

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

Nature de la maladie : Affection ophtalologique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Prélèvement des Actes
26/07/2023	catarsis œil gauche	-	Frais d'urgence 4800 Dh Frais Médicaux 4800 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien 092034651 صيدلية الصناعة Pharmacie de l'Industrie Km 11,5 Bd. Chafchaouni N°84 Z.I. Sidi Bernoussi - Casablanca 05 22 15 22 25 - Fax : 05 22 34 08 01	Date 26/07/2023	Montant de la facture 522,35 Pharmacie de l'Industrie Km 11,5 Bd. Chafchaouni N°84 Z.I. Sidi Bernoussi - Casablanca Tél: 05 22 15 22 25 - Fax: 05 22 34 08 01

[illegible][illegible]

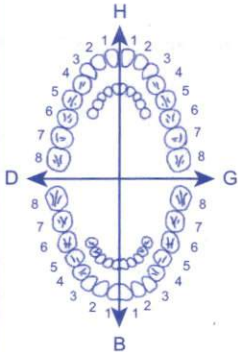
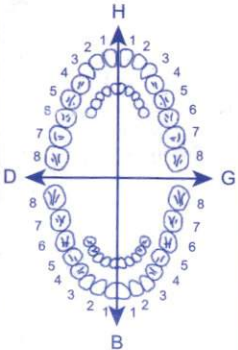
[REDACTED]

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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

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"/>

A diagram of a dental arch, likely representing a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The arch is symmetrical about a vertical midline. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides of the midline, starting from the center (incisors) and moving outwards (premolars, molars, and wisdom teeth). The quadrants are labeled with letters: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. A horizontal line with arrows at both ends passes through the center of the arch, and a vertical line with arrows at both ends passes through the midline. The teeth are depicted as simple circles with some internal shading to represent different types of teeth.

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D	—	G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 26 juillet 2023

TAZI Abbes

Instiller dans les yeux,

Mo. 70 x 3
XOLAMOL

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois

Instiller dans l'œil gauche,

24.60 x 2
FRAKIDEX collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours
puis 1 goutte 3 fois par jour pendant 21 jours

58.20 x 2
INDOCOLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 30 jours

30.00
PANSEMENTS OCULAIRES

au coucher pendant 15 jours

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

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

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

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

صيدلية الصناعة

Pharmacie de l'Industrie
Km 11.500, Chatchadouni N°80
Z.I. Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 15 22 25 - Fax: 05 22 34 08 01

527.3

05 22 94 29 46/47 : الهاتف - الدار البيضاء - 20 100 - شارع المسيرة الخضراء

Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél.

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml

LOT/ عيار H9278
FAB/ تاريخ الإنتاج 11-2022
تاريخ الانتهاء 04-2024

ZENITH Pharma
ANM 155/19/DMP/21/NRQDNM
PPV: 58,00 DH

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°218/16 DMP/21/NRQ

رقم الدفعة LOT/

تاريخ الإنتاج FAB/

تاريخ الانتهاء EXP/

H9621

03-2023

02-2025



6118001270118

PPV : 24,60 DHS

66672



FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°218/16 DMP/21/NRQ

رقم الدفعة LOT/

تاريخ الإنتاج FAB/

تاريخ الانتهاء EXP/

H9621

03-2023

02-2025



6118001270118

PPV : 24,60 DHS

66672



INDOCOLLYRE 0,1% ☐

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

رقم الدفعة LOT/

تاريخ الإنتاج FAB/

تاريخ الانتهاء EXP/

H9589

03-2023

08-2024



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

66671



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 26 juillet 2023

TAZI Abbes

CATARACTE ŒIL GAUCHE: phacoémulsification avec implant

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° : 19252 / 2023 du 26/07/2023

Nom patient **TAZI ABBES**
PAYANT

Entrée 26/07/2023
Sortie 26/07/2023

CATARACTE OG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1,00	FC	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		4 400,00	4 400,00
			Sous-Total	4 800,00
Total Clinique				4 800,00

DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue)	1,00		4 800,00	4 800,00
			Sous-Total	4 800,00
Total Autres prestations				4 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	9 600,00
NEUF MILLE SIX CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22.94.29.40 et 05 22 94 29 41

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
MULTIDISCIPLINAIRE

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient **Mr TAZI ABBES**

Chirurgien **DR. LAMRANI MARYEM**

Anesthésiste

Nature de l'intervention **CATARACTE OG**

Date intervention **26/07/2023**

Type d'anesthési **Locale**

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux de 3 mn.
- Pose d un champ autocollant stérile.
- Désinfection de la conjonctive à la Bétadine ophtalmologique.
- Incision cornéenne supérieure tunnel Isée de 2,4mm.
- Capsulorhexis.
- Hydro dissection.
- Incision porte de service.
- Phacoémulsification en croix.
- Ablation des masses.
- Implantation dans le sac.
- Aspiration du viscoélastique
- Hydro-suture de l incision.
- Incision auto étanche.
- Pommade antibiotique/anti inflammatoire.
- Pansement.
- Puissance de l implant :

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
36, bd El Massira El Madina - Casablanca
tél : 05 22 94 29 45 et 05 22 94 29 47

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

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 26/07/2023 Heure 07:23

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 CATARACTE OG

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 - MUPRAS

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 26/07/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
Panoramique - Casablanca
22 77 77 40 à 49 (L.G.)
25 22 25 00 01