

## 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014646

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....  
 Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 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) : .....

### 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

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
4/09/23	cataracte	01	70000	
5 SEPT 2023				

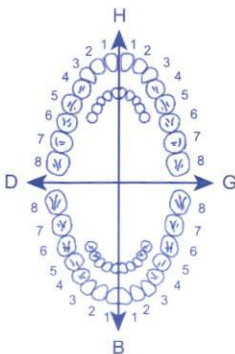
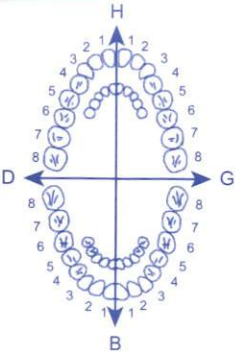
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

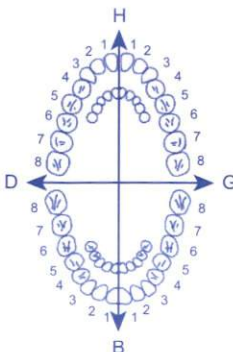
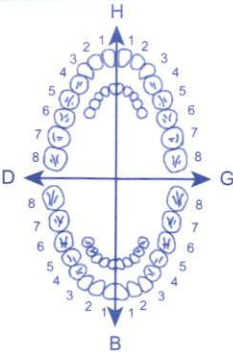
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span><b>D</b></span> <span><b>G</b></span> </div> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez 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	<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					
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>G</div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>					
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون  
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 15 SEPT 2023

Draïga Fatima

22.40

1) Masci chaf SV

Tagg / sain

30.10

2) Masci chaf SV

Tagg / sain

52.50

صيدلية سولتانا  
PHARMACIE SOULTANA  
Bd. Oued Daraâ @ 2 Rue 44 N°8 - 10  
Quartier Oulfa - Tél: 05 22 93 29 64

العين

البرق

الدكتور المرواني مصطفى  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
64، شارع واد درعة - مجموعة "Q" - الطابق السفلي الألف - الدار البيضاء  
هاتف: 05 22 89 75 38 - GSM: 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألف - الدار البيضاء  
54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - INPE : 091169292

ICE : 001651340000064 - E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHS



406805

6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol® collyre, 5 mL  
1mg/3500UI/6000UI pour 1 mL  
AMM Maroc N° 54/DMP/21/NCV  
PPV : 30,10 DH



406995 MA

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون  
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 14/09/23

Draïga Fatma

ghe confidentiel

De: cataracte de l'œil droit

ta: une chirurgie par laser

emulsification + Implant

K. 130

1 Jam.

الدكتور المرواني مصطفى  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
54, شارع واد درعة - الألف - الدار البيضاء  
الهاتف: 06 22 89 75 38 - 06 63 73 04 95 - 06 61 31 15 58

54, شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألف - الدار البيضاء

54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - INPE : 091169292

ICE : 001651340000064 - E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95

## COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient	Mme DRAIJA FATIMA
Chirurgien	DR. EL MAROUANI MUSTAPHA
Anesthésiste	
Nature de l'intervention	CATARACTE OD
Date intervention	14/09/2023
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 :

الرئيسي  
إختصاصي في أمراض وجراحة العين  
شارع ولد بنوع - 2 - 1451 - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 77 77 40 - 05 22 77 77 49  
05 22 77 77 40 - 05 22 77 77 49

INIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
2, Bd P... Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 & 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 14/09/2023 Heure 08:32

Nom et Prénom du patient MmeDRAIJA FATIMA

Age ou Date Naissance 85 - 01/01/1939

N° Cin du patient ou du tuteur B464457

Adresse HAY JNANE LOUZ BD L FELLIUNE NR 331 H H

Téléphone 0620352275

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant EL MAROUANI MUSTAPHA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1  
0.00

Motif d'hospitalisation CATARACTE 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 - MUPRAS

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 14/09/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

1

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

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

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

090006784



## F A C T U R E

N° : 24532 / 2023 du 14/09/2023

Nom patient **DRAIJA FATIMA**  
**PAYANT**

Entrée 14/09/2023

Sortie 14/09/2023

CATARACTE OD

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	1.00	URG	2 000.00	2 000.00
			Sous-Total	2 000.00
Total Clinique				2 000.00

DR. EL MAROUANI MUSTAPHA (ophtalmologue)	1.00		5 000.00	5 000.00
			Sous-Total	5 000.00
Total Autres prestations				5 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	7 000.00
SEPT MILLE DIRHAMS			

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

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