

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	637	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	75878
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	14/09/2023	Age :	54
Nom et prénom du malade :	DRATJA Falma		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :			



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet ou signature du Médecin Attestant le Paiement des Actes
14/09/23	cataracte OS	1000	1000	Attestation de paiement par Dr. A. B. C. le 14/09/23
5 SEPT 2023 OS	Centrale	1393	1393	Attestation de paiement par Dr. A. B. C. le 05/09/23

EXECUTION DES ORDONNANCES مصافي في امراض وجراحة المرضى شارع ورد برمجة - ١٠٣		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>HARATI AL SOUDAN Dr. Jaffar CHAMO Quartier Soudan 1, Rue 475 Tel. 83 22 93 29 00</i>	Date <i>15/10/1993</i>	Montant de la Facture <i>59.50</i>

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	35533411 11433553		
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B	00000000	00000000												
	35533411 11433553														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				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															

Docteur El Marouani Mostapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER



الدكتور المرولي مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

طبيب سابق بالمستشفى المركزي بتانسي - فرنسا

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية

طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

Casablanca, le :

15 SEPT 2023

22.40

1) Marsi drap SV

1app / sec

30.10

2) Flascidol colle SV

1 alle 6/5

152.50

Draige Peimer

PHARMACIE SOUTANA
Br. Fatima CHAFIQ
Bd. Oued Beraa 6, 2 Rue 44 N° 8 - 10
Quartier Oulfa - Tel: 05 22 93 29 64



الحن

البر

الدكتور المرولي مصطفى
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعه "Q" الطابق السفلي الألفة - الدار البيضاء.
المحل: 64
الטלפון: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 - 06 22 89 75 38

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعه "Q" الطابق السفلي الألفة - 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



Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

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 المرانى مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية

طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 14/09/23

Draïja Fatima

ghe confidentiel

Dr. cabinet de l'œil Draït

Mr: une chimical prosthesis

emulsification + Implant

K. 130

1 Jan.

الدكتور المرانى مصطفى
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
54 شارع واد درعة - الالة - الدار البيضاء
المكتب: 05 22 89 75 38 - 06 63 73 04 95 - 06 22 89 76 38

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألفة - 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'anesthésie	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 :

المركز الطبي المغربي
المختلط (الطب الباطني والجراحة)
شارع عبد العزيز بن الحسين
الدار البيضاء
التلفون: 00212 31 15 00 00
fax: 00212 31 15 00 00

HOPITAL AL MADINA
FACTURATION
2, Bd Pasteur Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 & 49 (LG)
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

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
Bd Panoramique Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
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
<i>ستوكاتي - سعدي - ٢٠١٩/٠٩/١٤</i>				Sous-Total 2 000.00
Total Clinique				2 000.00

DR. EL MAROUANI MUSTAPHA (ophtalmologue)	1.00		5 000.00	5 000.00
<i>ستوكاتي - سعدي - ٢٠١٩/٠٩/١٤</i>				Sous-Total 5 000.00
Total Autres prestations				5 000.00

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

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