

# 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- 0026496**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **478** Société : **R.A.M**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ECHCHERKI Omar**

Date de naissance : **1945**

Adresse : **même adresse**

Tél. **0522911581** Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Meryem BERNY BRITEL  
Ophtalmologiste  
7ème Etage 5 Rue Ahmed Al Mokri  
Angle Bd. Anfa - Casablanca  
Tél. 05 22 22 10 10 Fax 05 22 94 86 08

Date de consultation : **04 MAI 2023**

Nom et prénom du malade : **OUCHANE Aicha** Age :

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

Nature de la maladie : **opération de cataracte oeil gauche**

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 : **Casablanca** Le : **18/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

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 |
|-----------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 14 MAI 2023     | Catarrhe d'oeil gauche | 130                   | 10050                           |                                                                |
|                 | Par phac               |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
|----------------------------------------|------|-----------------------|

04.05.23 582,20

# 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

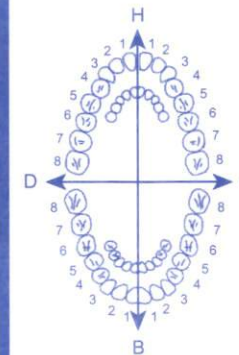
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة طب و جراحة العيون المسيرة

## Clinique Ophtalmologique AL MASSIRA

Casablanca, le : 04 MAI 2023

Dr.Meryem BERNY BRITEL

DUCHANE

Aicha

- 65.00 - ICN ou Vigamox 1 gtt x 4/  
30.30 - ICOMB 1 gtt x 4/j  
130.00 - HYFRESH 1 gtt x 4/j pdt  
16.50 +  
31.50 - PANSEMENT Oculaire - Compresses Adhesifs  
99.00 - PHYSIODOSE 1 phylarm  
60.00 - CILOXAN Pommade  
149.90 - OCUSALIN x4/j

582.20

CILOXAN® 0,3%  
POMMADE OPHTALMIQUE  
tube de 3,5 g  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ  
PPV: 60,00 DHS



692274 MA



Vigamox® 5 mg/ml

Collyre en solution, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
AMM N° 562/18 DMP/21/NTO  
PPV : 65,00 DHS

Non remboursable AMO  
© 2016 Novartis 449781 MA



أيكومب  
Icomb®

Lot: 2 E 0 1 4 2  
Fab: 0 5 2 2  
Exp: 0 5 2 4

PPV: 30 DH 30



Lot: 2 1 0 2 8 3  
Fab: 0 2 2 2  
Exp: 0 2 2 5  
PPC: 130 DH 00

HER MEDIC  
RPC  
99.00 DHS



OCUSALIN® 5 % OSD  
Chlorure de sodium 5 %  
Collyre 10 ml

PPC: 149.90 DH

5, زنقة أحمد المقرري - زاوية شارع أنفا - حي راسين - الدار البيضاء

5, Rue Ahmed Al Mokri, Angle Boulevard Anfa, Quartier Racine - Casablanca

الهاتف : 05 22 94 86 10 - Fax : 05 22 94 86 08



# CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE AL MASSIRA

5.Rue Ahmed al mokri .Angle Bd Anfa Racine

Tél : 0522948610

Fax :0522948608

## F A C T U R E

N° : 163 A/ 2023 du 04/05/2023

Nom patient **OUCHANE AICHA**  
**PAYANT**

Entrée 04/05/2023

Sortie 04/05/2023

### CATARACTE

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant   |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|-----------|
| CATARACTE                   | 1,00   | K130       | 10 050,00     | 10 050,00 |
|                             |        |            | Sous-Total    | 10 050,00 |
| Total Clinique              |        |            |               | 10 050,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

|                             |       |           |
|-----------------------------|-------|-----------|
| DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS | Total | 10 050,00 |
|                             |       |           |

*Signature*  
Clinique Ophtalmologique Al Massira  
5. Rue Al Mokri Bd Anfa  
Racine

# CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE AL MASSIRA

5.Rue Ahmed al mokri .Angle Bd Anfa Racine

Tél : 0522948610

Fax :0522948608

## COMPTE-RENDU OPERATOIRE

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| Patient                  | Mme OUCHANE AICHA       |
| Chirurgien               | DR. BERNY BRITEL MERYEM |
| Anesthésiste             | DR. DR SLIMANI HAMZA    |
| Nature de l'intervention | CATARACTE OG            |
| Date intervention        | 04/05/2023              |
| Type d'anesthési         | Locale                  |

*Anesthésie locorégionale à la Xylocaine*

*-Blepharostat.*

*-l'incision cornéenne au couteau 2,20*

*- Visqueux en chambre antérieur*

*-Rexhis antérieur*

*-Hydrodisséction et Phacoemulsification du noyau.*

*-Lavage des masses.*

*-Visqueux en chambre posterieur dans le sac.*

*-Implantation en chambre postérieur*

*-Injection intracameculaire d ATB*

*-Hydrosuture/ss-conj d AIS.*

*-FRAKIDEX pommade.*

*-Compresse oculaire.*

Dr Meryem BERNY BRITEL  
Ophtalmologiste  
7ème étage 5 Rue Ahmed Al Mokri  
Angle Bd. Anfa - Casablanca  
Tél : 05 22 94 86 10 Fax : 05 22 94 86 08

# CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE AL MASSIRA

5.RUE AHMED AL MOKRI.ANGLE BD ANFA RACINE.

Tél : 0522948610

Fax : 0522948608

CASABLANCA LE :04/05/2023

## PLIS CONFIDENTIEL

DOCTEUR : BERNY BERITEL MERYEM

Mme/Mr : OUCHANE AICHA

ASSURANCE/MUTUELLE : MUPRAS

ACTE : CATARACTE ŒIL GAUCHE.

Cure cataracte par phaco+implant k130.

Dr Meryem BERNY BERITEL  
Ophtalmologiste  
7eme Etage 5 Rue Ahmed Al Mokri  
Angle Bd. Anfa - Casablanca  
05 22 94 86 10 Fax 0522 94 86 08

**CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE AL MASSIRA**

5.Rue Ahmed al mokri .Angle Bd Anfa Racine

Tél : 0522948610

Fax :0522948608

CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

|                                       |                            |              |
|---------------------------------------|----------------------------|--------------|
| Nom du patient : <b>OUCHANE AICHA</b> |                            |              |
| Chambre : <b>NA</b>                   |                            |              |
| Médecin traitant                      | <b>BERNY BRITEL MERYEM</b> |              |
| Prise en charge                       | <b>PAYANT</b>              |              |
| Date entrée                           | <b>04/05/2023</b>          |              |
| Date sortie                           | <b>04/05/2023</b>          | <b>09:02</b> |
|                                       |                            |              |
| Le caissier                           | L'infirmier                | Le major     |
|                                       |                            |              |
| Billet de sortie établi par : ADMIN   |                            |              |
| 04/05/2023 09:03                      |                            |              |
| 23E040900                             |                            |              |

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE  
AL MASSIRA  
5, Rue Al Mokri Bd. d'Anfa - Cas.