

## 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.

N° W19-580961

ND 5279

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 5460 Société : Retraite			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEL FKIH Abderrahman			
Date de naissance : 01-01-1954			
Adresse : Ighli 7 N° 88 M Hamid Mallakech			
Tél. : 6662054997 Total des frais engagés : 6112,93 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. EL FILALI EL MEHDI</b>  <b>Médecin Capitaine</b>  <b>Service Ophtalmologie</b>  <b>Hôpital Militaire AVICENNE</b>  <b>Marrakech</b> </div>	
Date de consultation :	16-02-2010
Nom et prénom du malade :	Belfkih Abderrahman
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

88!  
Belfkih Abderrahman  
MUPRAS  
ACCUEILLIE  
Le : 17/02/2010

RELEVE 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
07/12/2010 08/12/2010	Hopital ophtalmie		5849,09	Dr. H. HENDI Médecin Capital Service Optique Hôpital Militaire Aïcha Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACIE L'HIVERNAGE</i> BERRADA Mohamed r d'Etat pharmacien adi Avocat en Pharmacie 11088 Casablanca Maroc	09.12.2020	198,90
	13.12.2020	65,00

P.U. Nbr Prix

ORDONNANCE

Page 2



Dr. EL FILALI EL MEHDI  
Médecin Capitaine  
Service Ophtalmologie  
Hôpital Militaire Avicenne  
Marrakech

أيكومب  
Icomb®

Lot: XB0092  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

PPV: 30 DH 30

PPV: 85 DH 00  
LOT: 18N027 EXP: 10/21

30,50 1/ Icomb collyre  
2g/te 3g/

22,40 2/ Maxidrol pommeade  
1 app 2g/

85,00 3/ Cateox 250  
2g 2g 10g

37,20 4/ Physiodose  
100 2g 15J

24,00 5/ Pansament oculaire  
1 app 2g 10g

INPE  
072037537

A

Le 09-12-2020

Dr. EL FILALI EL MEHDI  
Médecin Capitaine  
Service Ophtalmologie  
Hôpital Militaire Avicenne  
Cachet  
Médecin

Montant Global

198,90

Cachet et signature du pharmacien :

PHARMACIE L'HIVERNAIGE  
BERRADA Mohamed  
Dr d'Etat en Pharmacie  
1, AV Cadi Ayyad Guellz. Marrakech  
Tél: 05 24 44 96 62

**Mutuelle des Forces  
Armées Royales**

32, Rue FARHAT HACHAD  
Kebibat AKKari BP, Rabat  
Tél: 05 37 72 17 46



**تعاونية القوات المسلحة**

**المملوكية**

32 زنقة فرحة حشاد القبيبات

العكاري ص ب : 92 الرباط

Fax: 05 37 26 13 66/20 70 23

**Feuille de maladie** **ورقة المرض**

معلومات خاصة بالمنخرط

*Renseignements relatifs à l'adhérent*

N° Carte d'identité nationale \_\_\_\_\_ رقم بطاقة التعريف الوطنية

N° CCP \_\_\_\_\_ رقم الحساب البريدي

Nom, Prénom et Grade \_\_\_\_\_ الاسم العائلي، الشخصي والرتبة

Unité \_\_\_\_\_ الوحدة

Adresse \_\_\_\_\_ العنوان الشخصي

**Bénéficiaire المستفيد**

Nom et Prénom \_\_\_\_\_ الاسم العائلي الشخصي

Date Naissance / / / تاريخ الازدياد

Adhérent المنخرط	<input type="checkbox"/>	Conjoint الزوج -ة	<input type="checkbox"/>	Enfant الابن	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Maladie  المرض Maternité  الولادة Accident  حادثة

المصاريف	Nombre prospectus	عدد البيانات	توقيع المنخرط
Frais engagés ..... / ..... Dh	Nombre pièces	عدد المرفقات	Signature Adhérent

Le \_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_

Identité et signature du correspondant de la Mutuelle



ورقة المرض Feuille de maladie

معلومات خاصة بالمنخرط

Renseignements relatifs à l'adhérent

N° Carte d'identité nationale \_\_\_\_\_ رقم بطاقة التعريف الوطنية

N° CCP \_\_\_\_\_ رقم الحساب البريدي

Nom, Prénom et Grade \_\_\_\_\_ الاسم العائلي، الشخصي والرتبة

Unité \_\_\_\_\_ الوحدة

Adresse \_\_\_\_\_ العنوان الشخصي

المستفيد Bénéficiaire

Nom et Prénom \_\_\_\_\_ الاسم العائلي الشخصي

Date Naissance / / / \_\_\_\_\_ تاريخ الازدياد

Adhérent <input type="checkbox"/> المنخرط	Conjoint <input type="checkbox"/> الزوج -ة	Enfant <input type="checkbox"/> الابن
---	--	---------------------------------------

Maladie  المرض Maternité  الولادة Accident  حادثة

المصاريف	Nombre prospectus		عدد البيانات	توقيع المنخرط
Frais engagés ..... / ..... Dh	Nombre pièces		عدد المرفقات	Signature Adhérent

Le \_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_

Identité et signature du correspondant de la Mutuelle

P.U.	Nbr	Prix Total	ORDONNANCE	Page 2
			<p>Dr. EL FILALI EL MEHDI  Médecin Capitaine  Service Ophtalmologie  Hôpital Militaire Avicenne  Marrakech</p> <p><u>Orapred 25g</u></p> <p>3g/j      x 3j      }  2g/j      x 3j      } la mat  1g/j      x 3j      }</p> <p>INPE  072031537</p> <p>Le 13/08/2020</p> <p>Dr. EL FILALI EL MEHDI  Médecin Capitaine  Service Ophtalmologie  Hôpital Militaire Avicenne  Marrakech</p> <p>Montant Global</p> <p>65,00</p> <p>Cachet et signature du pharmacien :</p> <p>PHARMACIE BERADA - CASABLANCA  Tél: 05 24 44 96 62</p>	



ROYAUME DU MAROC  
FORCES ARMEES ROYALES  
HOPITAL MILITAIRE AVICENNE  
DOSSIER N° 8220/20

**BILLET DE SORTIE**

PRENOM: ABDERRAHMAN NOM: BEUKI H.

GRADE: C SA MLE: u UNITE: u

SERVICE D'HOSPITALISATION: OPHT

DATE D'ENTREE: 07/12/20 DATE DE SORTIE: 08/12/20

MODE DE SORTIE: RSF.

MINISTERE DE LA DEFENSE NATIONALE  
DE LA SANTE PUBLIQUE, DE L'INSTRUCTION  
NATIONALE, DE L'AGRICULTURE, DES TRAVAUX PUBLIQUES  
ET DE LA MARINE

A MARRAKECH, LE

16 DEC 2020

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom : BELFKIHT ..... Prénom : Abderrahmane .....

Organisme : C.P.D .....

Diagnostic : .....

Circonstances d'hospitalisation : A froid  Urgence différée  Urgence

Désignation de l'acte : K100 + K 60/2 (K130)

Hospitalisé Du 01/14/2020 Au .....

Opérateur : D<sup>r</sup> KRIET ..... Aide : D<sup>r</sup> FILALI .....

Date de réalisation : 08/01/2020 .....

Type d'intervention : Phacoemulsification+ implantation

Compte –rendu de l'intervention :

- Anesthésie locorégionale
- Décontamination de la peau et des paupières a la bétadine
- Champs opératoire +irrigation des culs-sac conjonctivaux par bétadine aqueuse
- Incision de service de 1 mm de large à la lame de 15°(type Beaver)
- Incision cornéenne au micro couteau 2.75 mm
- Injection de bleu vision+ Substance viscoélastique (PVE)
- Capsulorhexis curvilinéaire continu+ablation de fibro capsulaire au vitrerotome +ciseau
- Hydrosection et hydrodélination+ mobilisation du noyau cristallinien
- Aspiration emulsification du noyau
- Irrigation-aspiration (I/A) des cortex +IA ablation de fibrou capsulaire postérieure+rhexis postérieure a la pinci
- Pollissage de la capsule antérieure et postérieure
- Insertion d'implant pliable dans le sac capsulaire
- Aspiration du PVE
- Suture de l'incision cornéenne par un point au monofilament 10/0 enfoui
- Injections intracaméruleaire de 1mgde céfuroxime(ZINNAT)
- ATB collyres+ Pansement oculaire

*Médecin :  
Assistante :  
G. :  
H. :  
Signature :  
Date : 08/01/2020*

**ROYAUME DU MAROC**  
**FORCES ARMEES ROYALES**  
**HOPITAL MILITAIRE AVCIENNE**

FACTURE N° 8220/2020

NOM : BEL FKIH  
 PRENOM : ABDERRAHMAN  
 SERVICE D'ADMISSION : OPHTALMOLOGIE

DETAILS DES FRAIS	NOMBRE	P.U (Dhs)	DECOMPTE (Dhs)
<b>HOSPITALISATION</b>			
DU 07/12/2020 AU 08/12/2020	01 JRS	150.00	150,00
<b>BILAN RADIOLOGIQUE</b>			
BIOMETRIE	1		200,00
ECHO OCCULAIRE	1		200,00
TONOMETRIE	1		200,00
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>			
ACTE CHIRURGICAL	KC 100		1 000,00
	K 30		300,00
	K 40		400,00
	K 50		500,00
<b>MATERIEL CONSOMMABLE DU BLOC</b>			
CASSETTE PHACO	01		700,00
MICRO-COUTEAU	02		142,00
IMPLANT PLIABLE	01		744,00
PRODUIT VISQUEX	01		700,00
MONOFILAMENT 10/0	01		214,00
BLEU VISION	01		96,00
TROSSE D' OPHTALMOLOGIE	01		84,00
CASAQUE	02		60,00
<b>TRAITEMENT</b>			
MYDRIATICUM COLLYRE	01		17,00
NEOSYNEPHRINE COLLYRE	01		17,00
CEBESE COLLYRE	01		14,00
TOBRADEX COLLYRE	01		23,58
TOBRADEX POMMADE	01		35,94
ATARAX 25 MG	03		2,01
XYLOCAINE 2%	01		10,30
ZINNAT 750MG	01		39,26
<b>TOTAL</b>			<b>5 849,09</b>

La présente facture réglée en espèce arrêtée à la somme de CINQ MILLE HUIT CENT QUARANTE NEUF DIRHAMS 09 CTS

A MARRAKECH LE 16/12/2020

**HOPITAL MILITAIRE AVICENNE**  
**SERVICE ADMISSION ET FACTURATION**  
**CATEGORIE: CIVILLE SUE AUTORISATION**  
**N° \_\_\_\_\_ LA CAISSE ACCUEIL**

DÉFENSE NATIONALE  
 HÔPITAL MILITAIRE AVICENNE  
 MARRAKECH  
 SEGMA

N° 061502

Reçu de M : Abdelrahman ..... Quittance  
 La somme de : Bel Fkih

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
<u>Hosp 5<sup>e</sup> ophk</u>		
<b>TOTAL :</b>		<u>5849,09</u>

Cachet du Service

Le 16/12/2020

Signature du Régisseur