

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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.

### Éducation :

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

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

N° P19- 050922

56014

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03572 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Hamid MESRAR

Date de naissance : 05/12/1951

Adresse : Bd. Mohamed VI Résid. Les Jardins Andalous

Malabo TANZEN

Tél. 0660010920 Total des frais engagés : 7600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MESRAR Mohamed Hamid Age :

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

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) : Le : 21/11/2020



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

25 NOV. 2020

K40

600/00 Dts

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

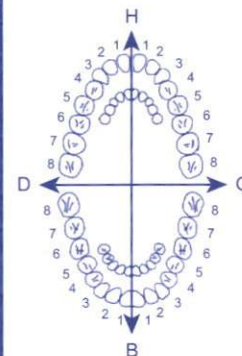
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

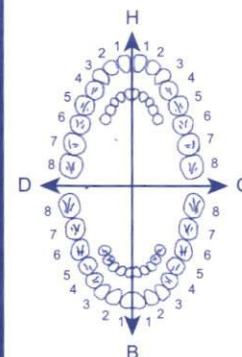
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

*طب العيون*

**أمراض وجراحة الشبكة**

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

**CASABLANCA, le lundi 23 novembre 2020**

**Mr. MESRAR Mohamed Hamid**

**ECHOGRAPHIE OCULAIRE**

**Rétinopathie diabétique. Hiv. Rétine non vue OG**

**Docteur D'ACHISSY Mouhssine**

*Ophthalmologiste*

400, Bd. Srahim Poudani - Casablanca

tel: 0522.25.42.88

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22  
05.22.22.73.22 : الفاكس - 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع الراشدي - 54.

ICE 001709416000017

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophthalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le lundi 23 novembre 2020

Consultation d'anesthésie

Mr. MESRAR Mohamed Hamid , 68 ans

INTERVENTION : VITRECTOMIE OEIL GAUCHE

ANTECEDANTS GENERAUX :

DIABETE 88 INS 14

2018 01 07

**Docteur Mohamed BENNANI**  
Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

**Dr. Mouhssine D'KHISSY**

**Ophtalmologiste**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسي محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, 25 NOV. 2020

**NOTE D' HONORAIRE**

Nom Prénom : Mr MESRAR MOHAMED HAMID

ACTE K40 : ECHOGRAPHIE OCULAIRE

MONTANT : 600DHS (six cent dhs)

Docteur D'KHISSY Mouhssine  
Ophtalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522.25.48.88



**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophtalmogiste**



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladies et chirurgie des yeux  
Echographie - Angiographie - Laser

**الدكتور الدخيسي محسن**  
**طب العيون**  
أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le .....

25 NOV. 2020

Nom : MESRAR  
Prénom : MOHAMED HAMID  
MEDECIN TRAITANT : DR BENNANI

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: HIV OG / RD

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

Oeil DROIT

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

PSEUDOPHAQUIE  
VITRE TRANSONIQUE

OEIL GAUCHE

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

PSEUDOPHAQUIE  
VITRE HYPERECHOGENE EN RAPPORT AVEC UNE  
HEMORRAGIE INTRAVITREENNE ET RETROHYALOIDIENNE DE  
DENSITE MOYENNE SANS DECOLLEMENT DE RETINE ASSOCIE .

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophtalmogiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Casablanca  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

Anesth. CS BENNIS Date CS 24 11 2020 Chambre Entrée

Intervention VITRECTOMIE Date et heure

Anesth. Interv Praticien BENNANI Mohammed

Hospitalisation >24h

Poids 73.00  
Taille 175

B.M.I. 23.84  
Pouls 95

Tension 160/80  
Saturation

Transfusion

ALR

INTUBATION:

Risque ? Non Mallampati 1

Dents : RAS

Bouche : RAS O1 (>5 cm)

Cou : RAS E1 ( angle 180°)

Rachis : RAS

Distance Thyro-Mentonnière: 0 mm

Tolérance AINS:

Prothèse:

ASA : III



Classe 1



Classe 2



Classe 3



Classe 4



Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4



ANTÉCÉDENTS À LA CONSULTATION :

CARDIO-VASCULAIRE: ANGIOPLASTIE + STENT en mai 2019

CHIRURGICAUX: Pontage coronaire en 2014 f Cataracte+implant OD en 2017

FACTEUR RISQUES: Ancien fumeur

MÉTABOLIQUE: DIABETE TYPE II depuis 1987 | DIABETE INSULINO - REQUERANT depuis 2014

ALLERGIQUES: -Aucun ATCD « Allergiques » signalé (26 NOV 2018)

AUTRES: ASA Niveau 3 f Score de DUKES 4 à 7 METs (monte 1 à 2 étages, marche à plat>6 km/h)

HOSPITALISATION: VITRECTOMIE(Droite) 05 12 2018 MB OPHTALM f CATARACTE(Gauche) 29 10 2019 AB OPHTALM

EXAMEN CLINIQUE :

CARDIO-VASCULAIRE : BDC réguliers sans souffle audible

PULMONAIRE : Auscultation normale

NEUROLOGIQUE : neuropathie diabétique périphérique

AUTRES : Voie veineuse OK

TRAITEMENTS :

ASPIRINE

PLAVIX

LANTUS : 0-0-22

BILANS DEMANDÉS AVANT L'INTERVENTION :

Biologique : BILAN A VOIR.

DOCUMENTS FOURNIS : ECG:SINUSAL, REGULIER, - onde Q en inférieur -

EXAMENS À PRÉVOIR À L'ENTRÉE : Vérifier TA - Vérifier Dextro

ANTIBIOPROPHYLAXIE : Aucun

PRÉMÉDICATIONS : Aucun

RISQUES AGENTS PATHOGÈNES : Risque Agent Pathogène non indiqué

RISQUES : Décomp.card | Coronarien | Diabétique

VISITE PRÉOP : Réalisée le par Dr - Modif. examen clinique : NON - Modif. thérapeutique : NON

CONCLUSIONS : diabète insulino-requérant triple pontage en 2014, angioplastie + stent en mai 2019- bonne tolérance à l'effort; pourvoir le même traitement



DR. DKHISSY MOUHSSINE  
400 BD BRAHIM ROUDANI CASABLANCA

Patient : MESRAR MOHAMED HAMID

Numéro de dossier :

Adresse :

Tel :

Sexe : Masculin

Date de naissance :

Indication :

