

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- 0046781

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5123 Société : 157363
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FATHEDDINE Chama
 Date de naissance : 1946
 Adresse : Tananodon
 Tél. : 0662497026 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Dr. Mohamed El-Moutouk, 091169292]
 Date de consultation : 06/09/23
 Nom et prénom du malade : Fatheddine Chama Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Laser Diode
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
05/04/23	CPA		300DH	CLINIQUE AL MADINA Dr. Bannoury Anesthésiste - Réanimateur INPE: 061293718 Tel: 05 22 77 77 40 à 49 / Fax: 05 22 25 00 01
05/04/23	CPA		300DH	
05/04/23	CPA		300DH	
06/04/23	Laser Diode		FC 300DH	
	OD		FM 300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prestation

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

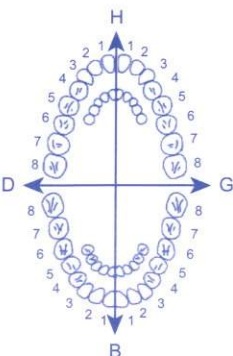
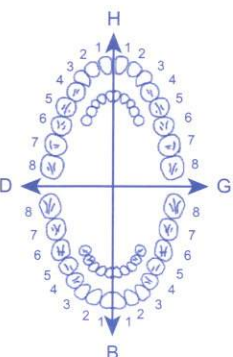
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 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 الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 06/04/2023

Fatme d'Amine Chama Mole d'honneur

DC glaucome bilatérale

th Laser Diode

Frais Redecm Redecm

3000 DH

Frais Millie d'honneur

الدكتور المرواني مصطفى
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
54 شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألف - الدار البيضاء

54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oujda - 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

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 الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 06/04/23

Fatme Adine Chame Plus confidentiel

DC glaucome bilatéral

th. Laser Diode

1 jour

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

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 Interpationale "AL BASSAR"



الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

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

Casablanca, le : 05/04/23

FATHEDDINE chane

DC: glaucome bilatéral

→ Laser Mode

+ C.P.A

الدكتور المرواني مصطفى
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع واد درعة - الألف - الدار البيضاء
الهاتف: 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 - 05 22 89 75 38



COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Madame: MME FATHEDDINE CHAMA
- Médecin traitant: DR EL MAROUANI MUSTAPHA

Laser diode (OD).

- ✓ Désinfection du champ à opérer.
- ✓ Mise en place d'un champ stérile.
- ✓ Anesthésie par une injection péribulbaire.
- ✓ Mise en place d'un blépharostat.
- ✓ Désinfection à la Bétadine suivie plus lavage au sérum.
- ✓ Marquage compact de 3 mm du timbre au niveau des deux méridiens, sup et inf.
- ✓ Application du laser diode par sonde stérile.
- ✓ Pommade+pansement.
- ✓ Ordonnance délivrée.

الرئيسي
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
64 شارع ورد سرح - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 77 77 40 - 05 22 77 77 40
(05 22 77 77 40)

CLINIQUE AL MADINA
FACILITATION
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 8370 / 2023 du 06/04/2023

Nom patient **FATHEDDINE CHAMA**
PAYANT

Entrée 06/04/2023

Sortie 06/04/2023

LASER DIODE OD

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		3 000,00	3 000,00
			Sous-Total	3 000,00
Total Clinique				3 000,00

DR. EL MAROUANI MUSTAPHA (ophtalmologue)	1,00		3 000,00	3 000,00
			Sous-Total	3 000,00
Total Autres prestations				3 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX MILLE DIRHAMS	Total 6 000,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FACSIMILATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : FATHEDDINE CHAMA		Chambre : NA
Médecin traitant	EL MAROUANI MUSTAPHA	Prise en charge PAYANT
Date entrée	06/04/2023	Date sortie 06/04/2023
Diagnostic :	LASER DIODE OD	
Le caissier	L'infirmier	RDV
Billet de sortie établi par : HAJARAIT 06/04/2023 15:02 E2302061		

Nb: Veuillez ramener obligatoirement ce billet de sortie lors de votre prochain RDV.

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

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 8233 / 2023 du 05/04/2023

Nom patient **FATHEDDINE CHAMA**
PAYANT

Entrée 05/04/2023

Sortie 05/04/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. DAHBAOUI YAHIA (anesthésiste)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total

300,00

CLINIQUE AL MADINA
Dr. Dahbaoui yahia
Anesthésiste - Réanimateur
INPE : 061293718
Tel : 05 22 77 77 40 - Fax : 05 22 25 00 01

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA