

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 067900

161036

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7531 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : LACH-GAR FATIMA
 Date de naissance : 20/12/1950
 Adresse : IMB LACHGAR ET 1611 1^{er} ETAGE AVENUE DES FAR DOHAMBEIA
 Tél. : 066820166 Total des frais engagés : 2374,80 / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. CHAHBI Mohammed Ophthalmologiste
 244, bd. planarimique, californie Casablanca maroc
 Tél : 05 22 88 46 18 / 19 / 20 Fax : 05 22 88 60 00 - 05 22 50 15 15
 Date de consultation : 07/05/2023
 Nom et prénom du malade : LACH-GAR FATIMA Age : 73
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection Oculaire
 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 : 07/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

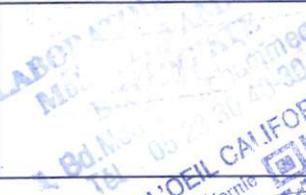
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/03/2023	CS		200,00	
19/04/2023	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/23	20 ps

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/04/23	BUS	654,80 ps
	19/04/2023	Biomecanique - microscope opculaire - échographie oculaire	200 ps

AUXILIAIRES MEDICAUX

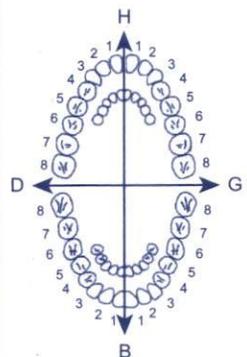
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

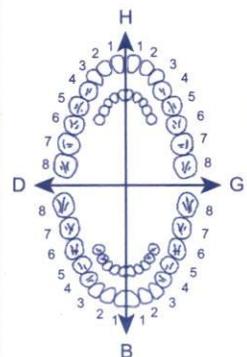
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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



ORDONNANCE

Casablanca le 07/03/2023

M LACH-GAR FATIMA

BIOMECHANIQUE

MICROSCOPIE SPECULAIRE

ECHOGRAPHIE OCULAIRE

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 00 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
S.S

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 00 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
L.N



ORDONNANCE

Casablanca le19/03/2023.

COMPTE RENDU

NOM & PRENOM : LACHGAR FATIMA

MICROSCOPIE SPECULAIRE

OD: 2534.6

OG: 2544.7

Echographie A :

-La longueur axiale est mesurée à 22.43 mm de l'œil droit
et à 22.50 mm de l'œil gauche.

- Mesure implant :
(Implant pliable) D 118

OD: 23.00 D

OG: 22.50 D

BIOMECHANIQUE

OD: 16.5(A)

OG : 16.2(A)





NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 19/04/2023

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, bd. panoramique, californie

Casablanca maroc

Tel : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 86 46 21



LN

le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

Mr LACHGAR Fatima

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

- Biomeconique
- Microscopie speculaire
- Echographie oculaire

Soit la somme de :#1500,-

1 mille cinq cents Dirhams

.....Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, bd. panoramique, californie

Casablanca maroc

Tel : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 86 46 21



LN

Cachet et signature





ORDONNANCE

Casablanca le..... 07/03/2023.....

M LACHGAR FATIMA.

UREE

CREATININE

GLYCEMIE A JEUN

T.P

T.C.K

AC ANTI.H.CV

DR. CHAHBI Mohammed
Ophthalmologiste
Ophthalmique, Californie
544, Bd. Panoramique,
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 69 / 88 - 85 22 50 15 15 S.S
Fax : 05 22 86 46 21

LABORATOIRE AMARA
Mohammed ALI ELALI
BIOLOGISTE
Bd. Med V - Mohammed
Tél : 05 22 30 40 30

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **30413878**

Analyses effectuées le: 13/04/2023

Pour.....: **Mme LACHGAR FATIMA**

Sur prescription du: Dr CHAHBI MOHAMMED

Code.....: 00019256



Organisme.....:

Bilan:

UREE CREAT GLY TP TCK HCV

Cotation : (B 470)

Montant Net : 654.80 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENT CINQUANTE QUATRE Dhs 80 Cts

LABORATOIRE AMARA
Dr. M. AMARA
3, Bd. Mohammed V - Bab el Bhar
Tél : 05 23 30 40 30



ORDONNANCE

Casablanca le 19-04-2023

Mme Lachkar Fatima

20,00 - Correctol



CLINIQUE DE L'OEIL - Californie
544, bd. panoramique, Californie
Casablanca maroc
Tel: 05 22 29 15 15 / 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 86 46 21

PHARMACIE CLAUDE MONET
BERRADA Mehdi
lot Wafa N 73 Mohammedia
Tel.: 05 23 32 55 20



Mohammed AMARA
Pharmacien Biologiste

مختبر اعمارَة للتحاليل الطبية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

Prélèvement du : 13/04/2023
Edition du : 27/04/2023
Code Patient : 00019256
Matricule :

Heure : 12:12



Référence 30413T2878 du : 13/04/2023

Mme LACHGAR FATIMA

Médecin: Dr. CHAHBI MOHAMMED

BIOCHIMIE EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie..... :	1.24	g/l (0.70 à 1.10)	
Urée..... :	0.27	g/l (0.15 à 0.45)	
Créatinine..... :	10.5	mg/l (6.0 à 12.0)	

SEROLOGIE DE L'HEPATITE C

Sérologie de l'Hépatite Virale C.....: Négative
(ELISA 4ème génération)

HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine..... :	100	% (70 à 100)	
Temps de Céphaline + Activateur			
Témoin..... :	32	sec	
Patient..... :	32	sec	
Rapport Patient/Témoin..... :	1.00	(< à 1.20)	

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE
3, Bd Mohammed V - Fedala
Tél : 0523.30.40.30