

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1439

Société :

R.A.M

Retraité

190566

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAVIES NAJIB

Date de naissance : 1.4.1954

Adresse : 14 Rue EC BAHAILI Casablanca

Tél. : 06634722597

Total des frais engagés :

3950 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

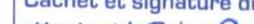
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/01/2024	Voir facture		39,50,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

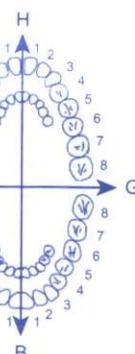
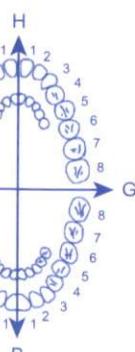
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX 												
				MONTANTS DES SOINS 												
				DEBUT D'EXECUTION 												
				FIN D'EXECUTION 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX 
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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														

: 185164235
: BENNIS NADIA
aire : BENNIS NADIA

se en charge

prise en charge numéro
024 nous vous faisons
nant :

مل رقم 880410533 والذي
نطلكم على موافقتنا
202

BENNIS NADIA
090064130
4550,00 DH

du 04/01/2024 au 04/02/2024

jointe à votre
déposer dans un
à compter de la
tre établissement
le bénéficier du
sation selon les
par voie

طلب التعويض الذي يجب
90 يوما من تاريخ خروج
ك لتمكينكم من الاستفادة من
فاء، طبقا للشروط وكيفية
ن.

s que la non
es délais sus
ttestation sans

إنجاز العلاجات داخل الأجال
شهادة صلاحيتها.

ur, l'expression

خالص تحياتنا.

CLINIQUE BELLE VILLE

Casablanca le 11/01/2024

Patient : **BENNIS NADIA**

COMPTE RENDU OPERATOIRE

CATARACTE ŒIL GAUCHE PAR PHACOEMULSIFICATION

Anesthésie Topique par cebesine collyre

Blépharostat après badigeonnage et lavage des culs de sac à la Bétadine diluée

Incision cornéenne auto étanche au couteau de 2,75mm à 11H et contre incision à 1H

Capsulorhèxis circulaire continu à l'aiguille sous Produit visco-élastique

Hydro dissection

Phacoémulsification du noyau après cracking

Irrigation–Aspiration automatisée des masses

Polissage capsulaire

Pose de l'implant de +21,50D dans le sac par injecteur

Aspiration du produit viscoélastique

Hydrosuture après instillation de cefuroxime en intracaméruleaire

Pommade Frakidex et pansement oculaire

FREEDOM FOCUS Mfg Date :2022/11
 Model :AFM 606SQ Exp Date :2025/10
 Power :+21.50 Batch No. :PP2HP03C2204595
 Size :6.00 x 11.00mm SN:PP2HP03C2204595S0060
 RM ID :F2203225

Clinique Belle Ville
 391 Bd. Ghandi
 Casablanca
 A.S

Dr. Abdellah Bouchta
 OPHTHALMOLOGISTE
 70, Rue Alia Ben Abdellah
 Casablanca
 Tél.: 06 22 47 38 45 / 06 22 47 14 72

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 333 999

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

ICE
Adresse

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

CNSS
NOM DU PATIENT : Mme BENNIS NADIA
NOM ADHERENT : BENNIS NADIA
SEJOUR : Du 11/01/2024 au 11/01/2024
MATRICULE : 185164235
REF. PEC : 880410533
COTATION : 4 550,00



FACTURE

202400244

Du : 11/01/2024

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
D322	CATARACTE OEIL GAUCHE PAR PHACOEMULSIFICATION	1		6 500,00	6 500,00
PHACO	PHACO	1		2 000,00	2 000,00
					Total Facture 8 500,00
					Part organisme 4 550,00
					Part adhérent 3 950,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée à la somme de HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Notre compte bancaire :
BANQUE P AGENCE ROMANDIE, RIB 190780212113658163000371



CLINIQUE BELLE VILLE

CLINIQUE CARDIOVASCULAIRE

Organisme de PEC : CNSS
NOM DU PATIENT : Mme BENNIS NADIA
SEJOUR : Du 11/01/2024 au 11/01/2024

Casablanca
TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202400244
Du : 11/01/2024

3 950,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I.

Arrêt la présente à la somme de **TROIS MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Signature de l'adhérent



CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2400295

NOM DU PATIENT Mme BENNIS NADIA

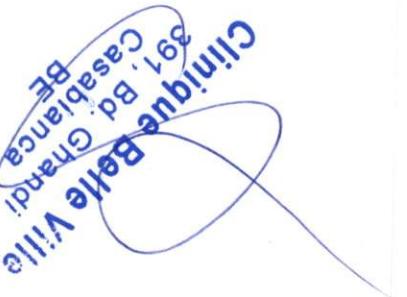
MÉDECIN TRAITANT BOUCHTA ABDELHAK

PRISE EN CHARGE CNSS

NUMERO PRISE EN CHARGE 880410533

DATE D'ENTREE 11/01/2024

DATE DE SORTIE 11/01/2024



CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme BENNIS NADIA DATE DE NAISSANCE : 26/11/1962	Sejour : Du 11/01/2024 au 11/01/2024
	
Reçu N°: 18771	
Paiement du 11/01/2024 07h29	
Montant	3 950,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : BOUCHTIB NABILA Le 11/01/2024 07h31

