

# 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 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 une fois par an.



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0034800

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité 190566  
Nom & Prénom : DOUIER NAJIL  
Date de naissance : 1.7.1954  
Adresse : 44 Rue EL BAHAIL Roches noires CAS  
Tél : 0663722597 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 : S.L.

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

PR4FR05/V2/20-10-2023

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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
11/01/2024	Voir facture		3956,00	

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

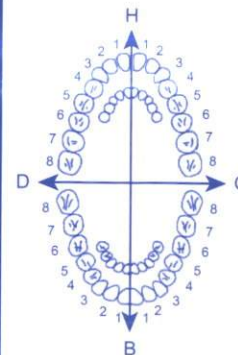
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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



185164235

BENNIS NADIA

aire : BENNIS NADIA

se en charge

prise en charge numéro  
024 nous vous faisons  
nant :

مل رقم 880410533 والذي  
202 نطلعكم على موافقتنا

BENNIS NADIA

090064130

4550,00 DH

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

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

بطلب التعويض الذي يجب  
90 يوما من تاريخ خروج  
لك لتمكينكم من الاستفادة من  
فءاء، طبقا للشروط وكيفية  
ن.

s que la non  
es délais sus  
ttestation sans

إنجاز العلاجات داخل الأجل  
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 cils de sac à la Bétadine diluée

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

Capsulorhéxis 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 intracamerulaire

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  
RM ID : F2203225  
SN: PP2HP03C220459550060

**Clinique Belle Ville**  
391, Bd. Ghandi  
Casablanca  
A.S

**Dr. Abdelhak Bouchta**  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Aïssa Ben Abdellah  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 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](mailto:cliniquebelleville@cliniquebelleville.com) - Site web : [www.cliniquebelleville.ma](http://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

Arrêtée à la somme de HUIT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Notre compte bancaire :  
**BANQUE P AGENCE ROMANDIE, RIB 190780212113658163000371**

**Clinique Belle Ville**  
391 Bd. Ghandi  
Casablanca  
BF

**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  
391, Bd. Ghandi  
Casablanca  
BF

CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
Casablanca

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

