

# 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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

N°D:  
15598

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004112

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1578**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KHAMILCHI Khadidja**

Date de naissance :

**1-1-47**

Adresse : **KASR NOUZHA, Villa 2 au Hall, Casa**

Tél. : **06-61-18-17-61**

Total des frais engagés :

**13.000 Dhs**

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03/01/2009**

Age :

Nom et prénom du malade : **Khamlich Khadidja**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

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 : ..... / .....

**Y. Hachmi**

**0522 23 11 15**

**0522 23 11 15**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
03/01/2005	Oral Clinique Casablanca	Cachet et signature du Médecin des Honoraires attenant le paiement des Actes 13, rue des Papillons Casablanca tel: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15	13, rue des Papillons Casablanca tel: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15
			Sal 15000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## 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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..... / ..... /20...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

e-mail : ..... Phones : 06-61-18-17-61

et Prénom de l'adhérent : RITAM LIOUH Nhaolija

Nom et Prénom du bénéficiaire :

DR A. BENKIRAN  
Ophtalmologiste  
Optimal Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca  
Tel. 0522.25.11.15 Fax: 0522.25.11.15

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mme, M. K. Amlouchi

Nécessite

Un acte coté à la homéno (préciser le coefficient) (kilo).

hospitalisation de (approximatif)

(preciser l'établissement hospitalier)

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Chet, date et signature du praticien

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Casablanca le : .....



81501

**03 janvier 2020**

Mme KHAMLICHI Khadija Agé de 73 ans

DOIS ETRE OPERER DE : IVT OG

DR BENKIRAN ABDELFETTAH

Docteur  
A. BENKIRAN  
Ophtalmologiste

**Urgence 24/24**



Casablanca le : .....

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

Nom Prénom : KHAMLICHI KHADIJA  
Date D'intervention : 03/01/2020  
Chirurgien : DR A.BENKIRAN  
Anesthésiste : Dr EL KASRI  
Intervention : Injection intra vitréenne OG

- Asepsie rigoureuse à la Bétadine
- Repérage du site d'injection à 4 mm du limbe supérieur
- injection intra vitréenne anti VEGF

*BENKIRAN  
Ophthalmologist.*

**Urgence 24/24**

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux  
Laser Angiographie Lentilles de contact  
022.25.71.71 /022.25.11.15

## F A C T U R E

N° : 3 / 2020 du 03/01/2020

Nom patient KHAMILCHI KHADIJA Entrée 03/01/2020  
PAYANT Sortie 03/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE	1,00	CH	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K40	914,50	914,50
OZURDEX	1,00		9 771,00	9 771,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>11 085,50</b>
PHARMACIE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>300,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>11 385,50</b>

DR. BENKIRAN ABDELFETTAH (ophtalmologue)	1,00	K40	1 614,50	1 614,50
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 614,50</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 614,50</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  TREIZE MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>13 000,00</b>

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, rue des Papillons Oasis  
Casablanca  
Tel.: 0522.25.71.71 - Fax: 0522.25.11.15



Casablanca le : 23.11.19.....

**NOTE D'HONORAIRE**

Le Docteur *ABENKIRAN*  
Ophtalmologiste  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél. : 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15

A L'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme, Mr, Mlle ..... *KITAMERICI* ..... *KAAD'JA*

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire.

Soit la somme de ..... *500* .....

*1500* .... DHS

**Urgence 24/24**

**OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA**

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

**Reçu de caisse**

N° : 2001030913260210 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
33/20	KHAMLICHI KHADIJA	03/01/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		13 000,00
PAYANT	Total payé	13 000,00
TREIZE MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : OCC

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tel.: 0522 25 71 71 Fax: 0522 25 11 15

## OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

06/01/2020  
12:33

Nom Patient : KHAMLICHI KHADIJA		Numéro dossier : 33/20			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
06/01/2020	BSS AQSIA 500ML OPHTAL	0	1,00	120,00	120,00
06/01/2020	CELESTENE 8MG INJ (01)	0	1,00	49,00	49,00
06/01/2020	MAXIDROL COLLYRE COLLYRE (01)	0	1,00	18,70	18,70
06/01/2020	MYDRIATICUM 0.5% 10 ml collyre (01)	0	1,00	25,90	25,90
06/01/2020	INDOCOLYRE 5 ML COLLYRE (01)	0	1,00	58,00	58,00
06/01/2020	CHAMP JETTABLE	0	1,00	28,40	28,40
				<b>Total pharmacie</b>	<b>300,00</b>

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, rue des Papillons 08815  
Casablanca  
Tel.: 0522257171 - Fax: 0522251115



OZURDEX 700 microgrammes

Implant intravitrén avec applicateur



6 118001 251742

PH : 9771 DH 00



# Ozurdex®

700 microgrammes, implant  
intravitrén avec applicateur



Dexaméthasone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.