

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Diologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 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° P19-0027004

N° = 19833

Amel

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3492

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

HASHIM AKBAR

Date de naissance :

12.02.1948

Adresse : 11 RUE JABAL BOUJEBANE C.I.L. CASABLANCA

Tél. : 066-312-8664

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. EL ALAOUI Saïda**  
Ophthalmologiste  
207, Boulevard ZERKTOUNI  
Tél.: 05 22 94 91 66 - CASA

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : CHRAIBI

Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection oculaire ACCUEIL

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
13/04/2011	Examen physique		400 m	<i>EL ALAOUI Smail</i>
26/04/2011	consultation	1	40	<i>Ophtalmologiste Boulevard ZEHRANI 52234 9166 - CASABLANCA</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUMNI MOUSSA 6-7 Rue Aïn Asserdoune Tunis - Capitaine 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.60	27/01/20	175,00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Bédiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABOKAFI TIZI MOHAMED BIOLOGISTE d'Algérie - Casablanca	15.01.20	B 170	252,80

#### 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth (1 through 28) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled: D (left), H (top), B (bottom), and C (right). Each tooth is accompanied by a small circle containing a symbol representing orthodontic treatment or status:

- Top Row (H quadrant):** Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Symbols: 1 (empty circle), 2 (empty circle), 3 (empty circle), 4 (empty circle), 5 (empty circle), 6 (empty circle), 7 (empty circle), 8 (empty circle).
- Second Row (D quadrant):** Teeth 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Symbols: 9 (empty circle), 10 (empty circle), 11 (empty circle), 12 (empty circle), 13 (empty circle), 14 (empty circle), 15 (empty circle), 16 (empty circle).
- Third Row (B quadrant):** Teeth 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24. Symbols: 17 (empty circle), 18 (empty circle), 19 (empty circle), 20 (empty circle), 21 (empty circle), 22 (empty circle), 23 (empty circle), 24 (empty circle).
- Fourth Row (C quadrant):** Teeth 25, 26, 27, 28. Symbols: 25 (empty circle), 26 (empty circle), 27 (empty circle), 28 (empty circle).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGI  
LASER C O2-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
IMPLANTATION COCHLEAIRE  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Lot n° : رقم الجملة  
Date fab. : تاريخ الإنتاج  
Exp. : تاريخ الانتهاء



جراحة أمراض الرأس والرقبة  
جراحة الأذن والأتفه والعنق  
جراحة الوجه والعنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي والجراحي  
جهاز الليزر  
جهاز السكانتر الحسماوي الكلي  
زرع فوقعة الأذن  
التشخيص والتحيلات

Casablanca, le : 27-01-20. ..... الدار البيضاء، في:

Dr. Rachidi

Nasir

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml

عيار H4882  
LOT/ عيار FAB/ تاريخ الإنتاج 06-2019  
EXP/ تاريخ الانتهاء 11-2020

ZENITH PHARMA  
PPV : 58.00 DHS  
AMM N° 270 DMP/21/NRQ

₴ 8,-

Indocollyre collyre Ⓛ 5  
2 gtt x 21J ₦ 140

₴ 17,-

Sylet collyre -

2 gtt x 4 J ₦ 100

psf ou laques adhesives.

✓ 195,-

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R.C.: 74087 - Patente : 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com



[www.cliniquerachidi.com](http://www.cliniquerachidi.com)

43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض: 1037680 - رقم التعرف: 01020458 - س.د: 74087 - المثنا: 35504150

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 22 12 96

fax: 05 22 22 03 57

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancienne interne et attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le lundi 13 janvier 2020

Madame CHRAIBI Nadia

- GLYCEMIE A JEUN
- TP TCK
- UREE CREATININE

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
OPHTALMOLOGISTE  
7 Bd. Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 94 91 66

Dr. EL ALAOUI Saida  
Ophtalmologiste  
207, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 94 91 66

**Docteur Saida EL ALAOUI**

Ophtalmologiste

Ancienne interne et attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 20-15 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le lundi 13 janvier 2020

Madame CHRAIBI Nadia

**FACTURE ECHOGRAPHIE OCULAIRE**

K40

MONTANT QUATRE CENTS DIRHAMS

*Dr Saida EL ALAOUI*  
Ophtalmologiste  
207 Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 94 91 66

# **LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES**

Le : 15/01/20

**78, Rue d'Alger Casablanca**

**Tel:0522 275239 / 275388**

Dossier : **20A669**

**14722**

B : **170**

de : **Madame AKBAR NADIA**

Analyses : URE GLY CRE TPR TCK

Montant du : **200,00 DH**

Montant payé : **200,00 DH**

**RETRAIT LE : 15/01/20 à 12:00**

Reste : **0,00 DH**

# **LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES**

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 15 janvier 2020

Madame AKBAR NADIA

FACTURE N°	305752
------------	--------

**Analyses :**

Coag : Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Coag : Temps de céphaline kaolin -----	B	40	
Chimie : Urée -----	B	30	
Chimie : Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Chimie : Créatinine -----	B	30	Total : B 170

**Prélèvements :**

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	252,80 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Cinquante Deux Dirhams et Quatre vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI  
Dr. Mohamed  
HOLOGISTE  
28, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39

## CALCUL D'IMPLANT

Menu

## Patient

Nom: CHRAIBI, NAD  
ID: CHRA  
Type: Phaque

CA: 3.15

LA: 22.56

K1: 43.75

K MOY: 44.50

K2: 45.25

## Réglages

Pré-réglage: Preset1

Opérateur: DR ALAOUI

Amétropie déstrée: 0.0

1er

LIO: 7 SA60AT P

Formule: HOLLADAY

SF: 1.45

Emmetrope: 22.57

PUIS. LIO Réfraction

20.50	1.41
21.00	1.08
21.50	0.74
22.00	0.40
22.50	0.06
23.00	-0.30
23.50	-0.66
24.00	-1.02
24.50	-1.38

2nd

LIO: 5 CR5BU0 P

Formule: SRK-T

A: 119.00

Emmetrope: 23.32

PUIS. LIO Réfraction

21.50	1.22
22.00	0.89
22.50	0.56
23.00	0.22
23.50	-0.12
24.00	-0.47
24.50	-0.82
25.00	-1.17
25.50	-1.53

3ème

LIO: 9 MTA4U0 A

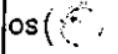
Formule: SRK-T

A: 115.30

Emmetrope: 18.86

PUIS. LIO Réfraction

17.00	1.48
17.50	1.08
18.00	0.70
18.50	0.28
19.00	-0.11
19.50	-0.52
20.00	-0.84
20.50	-1.16
21.00	-1.48



## CALCUL D'IMPLANT

Menu

## Patient

Nom: CHRAIBI, NAD

ID: CHRA

Type: Phaque

CA: 3.16

LA: 22 43

K1: 44.00

K MOY: 44.00

K2: 44.00

## Réglages

Pré-réglage: Preset1

Opérateur DR ALAOUI

Amétropie désirée: 0.0

1er:

LIO: 7 SA60AT P

Formule: HOLLADAY

SF.1.45

Emmetrope: 23.59

PUIS LIO Réfraction

21.50	1.44
22.00	1.10
22.50	0.76
23.00	0.41
23.50	0.06
24.00	-0.28
24.50	-0.85
25.00	-1.02
25.50	-1.39

2nd:

LIO: 5 CR5BU0 P

Formule: SRK-T

A: 119.00

Emmetrope: 24.26

PUIS. LIO Réfraction

22.50	1.20
23.00	0.86
23.50	0.52
24.00	0.18
24.50	-0.17
25.00	-0.52
25.50	-0.87
26.00	-1.23
26.50	-1.59

3ème

LIO: 9 MTA4U0 A

Formule: SRK-T

A: 115.30

Emmetrope: 19.66

PUIS. LIO Réfraction

17.50	1.73
18.00	1.34
18.50	0.94
19.00	0.54
19.50	0.13
20.00	-0.28
20.50	-0.70
21.00	-1.12
21.50	-1.55

OD ( )

