

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 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



Ma Vie au TR
Averti

Déclaration de Maladie

N° P19- 0043937

20.1 23082

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISSI KAÏTOUNI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 11500,00 HT + 2610 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca. maroc
Tél. : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15
05 22 86 46 21

Date de consultation : 26 / 02 / 2020

Nom et prénom du malade : DRISSI KAÏTOUNI Zoubida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Implantation procrastallin OG

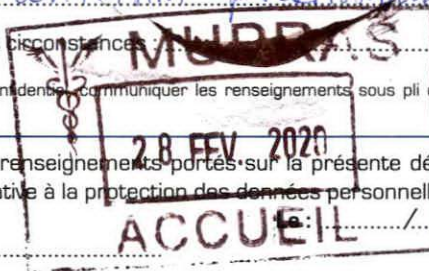
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
26/02/2020	IPCL	1	11500,-	
	van facture		59/2020	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/2/2020	77,12
	26/2/2020	26 40

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
		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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



ORDONNANCE

NON DR. SHAH KAITOUNA Casablanca le 26/02/2020
PRENOM ... ZOUROUDA

l'œil opéré a partir de ce jour

1°) CHIBROCADRON (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)

1 cp x2/j pdt 05 jours

3°) PHYLARM

Pour nettoyage de la paupière matin et soir

l'œil opéré après 07 jours

1°) DEXAFREE (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

1 goutte x2/j pdt 07 jours

1 goutte x1/j pdt 07 jours



DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0.4 ml - PPV : 72,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

**NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX**

DR. CHAHBI Mohammed
Ophthalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél.: 05 22 50 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 60 - 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 50 15 15





ORDONNANCE

Casablanca le 26/02/2020

NON : DRISSI LAITOUNI
PRENOM : ZOUBIDA

1°) CORRECTOL ou TOBREX (collyre)

1 gtt chq 2h pdt 3 jrs

قطرة واحدة كل ساعتين لمدة ثلاثة أيام

DR. CHAHBI Mohammed
Ophthalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15





26/02/2020

FACTURE N°59/2020

Nom et Prénom : **DRISSI KAITOUNI ZOUBIDA**
Date d'intervention : **26/02/2020**
Médecin traitant : **Dr CHAHBI**

- Forfait ICL OG	5500.00 Dhs
- Implant préristallinien Spheric	6000.00 Dhs
<hr/>	
TOTAL	11500.00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :
ONZE MILLE CINQ CENT DIRHAMS.

PAYE EN ESPECE

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21

26/02/2020

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et Prénom : **DRISSI KAITOUNI ZOUBIDA**
Date d'intervention : **26/02/2020**
Chirurgien : **DR CHAHBI**
Intervention : **Trans Epitheliale (Schwind Amaris 1050RS)**
Œil : **GAUCHE**
Clinique : **DE L'ŒIL**

- Prémédication
- Badigeonage à la Bétadine
- Mise en place d'un champs stérile à usage unique
- Instillation de Novésine (anesthésie)
- Blepharostat
- Traitement au laser
- Rinçage au BSS
- Instillation de Maxidrol
- Pose de lentille thérapeutique (Pansement)
- Ablation du blepharostat
- Pas de pansement

Dr. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60/00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21