

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 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'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0017998

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6601**

23177

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL YOUSSEFI HED**

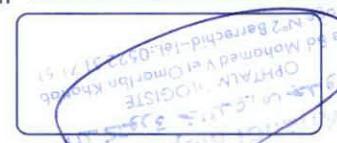
Date de naissance : **01/01/1952**

Adresse : **LOT WATIRI PASS 1 N°25 RÉFÉRENTIEL**

Tél. : **066.16.52.59.5** Total des frais engagés : **6464,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **1/1/2020**

Nom et prénom du malade : **EL YOUSSEFI HED** Age : **68**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 : **02/03/2020**

Le : **02/03/2020**

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
26/02/2020	CAT 100		6000,00	Handwritten signature and stamp: "Dr. M. BAHI CASABLANCA - Rue des Palmiers 49 - Casablanca - Maroc - Tél. 02 22 77 11 00 à 49 (L.G) - 26/02/2020"

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Handwritten signature and stamp: "Dr. M. BAHI CASABLANCA - Rue des Palmiers 49 - Casablanca - Maroc - Tél. 02 22 77 11 00 à 49 (L.G) - 26/02/2020"	26/02/2020	464,80

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
		AM	PC	IM	IV	

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

ORDONNANCE

Casablanca, le : 16/08/20...

Mr/Mme El Youfi Doud...

• SPECTRUM 250 mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

15

15

CHIBRO-CADRON COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.
 1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.
 1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.
 1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

S.V.

• POMMADE :

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

• VISMED MULTI

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil pendant 6 semaines.

S.V.

T : 464,80

• SERUM PHYSIOLOGIQUE :

Un lavage le matin dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

S.V.

• RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES



6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pom'ade ophtal'. 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou.
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 144.10

ZENITH Pharma
PPC : 89,00 DH

MAXIDROL®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
Lot: 9AKB1A
Exp: 09 2022

Chibro-Cadron 5 ml
شيبرو-كادرون 5 مل
Lot / Fab / EXP
EK49
02 2019
02 2022

Lot LG0010
2018-02
2021-02

Chibro-Cadron 5 ml
شيبرو-كادرون 5 مل
Lot / Fab / EXP
EK49
02 2019
02 2022

Dr. Majdouline KHALIEI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طبيبة سابقاً بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



Berrechid le **18 février 2020**

Mr/Mme: **Mr. EL YOUSSEFI Med**

chirurgie de cataracte de l'oeil gauche

honoraire estimé à 6500dh

Dr.Khalidi Majdouline
الدكتور Khalidi Majdouline
OPTHALMOLOGISTE
Dr. Khalidi Majdouline
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
N°2 Berrechid - Tel: 0522 51 71 71

Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab, 1er Etage, Appt 2 - (au dessus d' Attijari Wafa Bank) - Berrechid

Tél : 05 22 51 79 51 - E.mail : khalidi.majdouline@hotmail.com

Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طيبة سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Berrechid le, 18 février 2020

Mr/Mme: Mr. EL YOUSSEFI Med



061181541

cataracte oghe

phaco+iol



Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab, 1er Etage, Appt 2 - (au dessus d' Attijari Wafa Bank) - Berrechid
Tél : 05 22 51 79 51 - E.mail : khalidi.majdouline@hotmail.com

FACTURE

N° : 2334 B / 2020 du 26/02/2020

CATARACTE OG

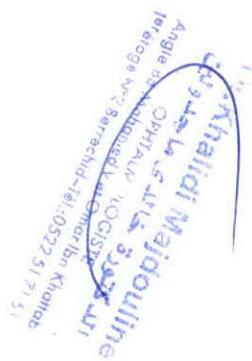
Nom patient EL YOUSSEFI MOHAMMED Entrée 26/02/2020
 PAYANT Sortie 26/02/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1,00	FC	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		3 100,00	3 100,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>3 500,00</i>
PHARMACIE	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>1 000,00</i>
Total Clinique				4 500,00

DR. KHALIDI MAJDOULINE (ophtalmo)	1,00		1 500,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>1 500,00</i>
Total Autres prestations				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX MILLE DIRHAMS	Total		6 000,00



Casablanca, le 26/02/2020

Nom & Prénom : EL YOUSSEFI MOHAMED

Date d'entrée : 26/02/2020

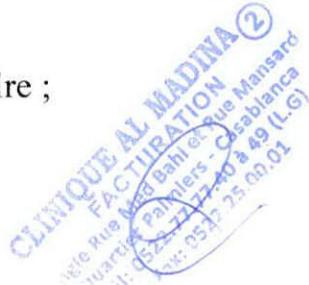
Date de Sortie : 26/02/2020

Médecin traitant: DR. KHALIDI MAJDOULINE

DIAGNOSTIC: CATARACTE OG

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sacs conjonctivaux de 3m sous anesthésie locale ;
- Deuxième application de bétadine péri orbitaire et dans les culs de sacs conjonctivaux de 3 mn avant la chirurgie ;
- Pose d'un champ auto collant stérile ;
- Désinfection de la conjonctive au limbe sur 360 degrés ;
- Incision cornéenne temporale supérieure tunnelisée de 3 mm ;
- Capsulorhexis ;
- Hydrodissection ;
- Incision porte de service ;
- Phako-émulsification en croix ;
- Ablation des masses ;
- Implant dans le sac ;
- Aspiration du 0 viscoat ;
- Pommade Antibiotique/anti inflammatoire ;
- pansement ;



مصحة المدينة CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 26/02/2020 Heure 06:17

Nom et Prénom du patient Mr EL YOUSSEFI MOHAMMED Age ou Date Naissance 69 - 01/01/1952

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse 25 PASS 01 HAY WAFIQ BERRECHID

Téléphone 0661650595

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant KHALIDI MAJDOULINE Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

Motif d'hospitalisation CATARACTE OG

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 26/02/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours) 1

Nom et prénom du signataire

Signature