

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 007FLX Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELLAH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LIS FLORIDA - Gidi MAAROUF  
CASABLANCA

Tél. : 0665200256 Total des frais engagés : 3232,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Injection dans la vitréenne de l'œil droit

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 : Dayan Le : 28/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

OPTALMO CLINIQUE  
13, Rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tél: 0522 25 71 71 (515)  
Fax: 0522 25 11 15

Le : 28/01/2021

### 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

27/01/2021 Voir facture N° 124/2021  
Dr. J. ZAIDI  
Ophthalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél.: 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15

Dr. J. ZAIDI  
Ophthalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél.: 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15

Dr. J. ZAIDI  
Ophthalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél.: 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RAB3 173, Bd. El Hiraa Lot Errabi BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00	27/01/2021	262,60

### 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	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### 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

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	.....	.....	.....	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553	G	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
(Création, remont, adjonction)	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

PPV : 40DH40



Casablanca le : 27/01/21

**ORDONNANCE MEDICALE**

Concernant M. BEN YAHIA

ANAMÉTÉSIS

40,40

- **EXOCINE Collyre**  
1 goutte 4 fois par jour

58,80

- **INDOCOLLYRE**  
1 goutte 4 fois par jour

164,20

- **COSOPT Collyre**  
1 goutte 2 fois par jour

262,60

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml

H5811  
عيار/عقار  
FAB/ص.ا  
02-2020  
نارب/انتهاء  
07-2021  
الانتهاء

ZENITH PHARMA  
PPV 58,00 DHS  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT T020107 1  
EXP 02 2022  
PPV 164.20 DH

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
**Pharmacie RABIS**  
173, Bd. ET Hrraa Lot Errabii  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

Ophtalmo Clinique  
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél. : 0522 25 71 71 25 11 11

Docteur  
J. ZAHIA  
Traitement oeil

**Urgence 24/24**



Casablanca le : .....

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

**Nom & Prénom** : MR BENYAHIA ABDERRAFIE  
**Date de l'intervention** : 27.01.2021  
**Chirurgien** : DR ZAIM JAMAL  
**Anesthésiste** : Dr Adil EL KASRI  
**Diagnostique** : Injection intra vitréenne OD

- Asepsie rigoureuse à la Bétadine.
- Repérage du site d'injection à 4mm du limbe supérieur.
- injection

Dr J. ZAIM  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél : 0522.25.71.71 (LG) - Fax : 0522.25.11.15

**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° 124 / 2021 du 27/01/2021

Nom patient	<b>BENYAHIA ABDERRAFIE</b>	Entrée 27/01/2021	Sortie 27/01/2021
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		1 485,00	1 485,00
			Sous-Total	1 485,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 485,00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. ZAIM JAMAL (ophtalmo)	1,00	k40	1 485,00	1 485,00
			Sous-Total	1 485,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>1 485,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS</b>	<b>Total général 2 970,00</b>
--	-------------------------------

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	<b>2 970,00</b>	<b>2 970,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : BMCI/

**OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA**  
 13, Rue des Papillons OASIS  
 Casablanca  
 Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

**OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA**

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

**Reçu de caisse**

N° : 2101271210280110 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
222/21	BENYAHIA ABDERRAFIE	27/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI	2 970,00
PAYANT	Total payé	2 970,00
DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS		

Reçu établi par : RETINE

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, Rue des Pavillons OASIS  
Casablanca  
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15