

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-4435

LABO BENJELLOUN

Mme ZAGHLoul NABIHA
DDN 14-07-1959

63187
2102112033

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **19-29**

Dentaire

Optique

Société : **f ADT**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Zaghloul Nabiha**

Date de naissance :

Adresse : **11 / 162156**

Tél. : **05 22 20 45 45**

Total des frais engagés : **9566,92 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE
DECASABLANCA
15, Rue Kadi Nasse Etage 5
Madrif - Casablanca**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **12/02/2011**

Lien de parenté :

Nature de la maladie : **ZAGHLoul Nabiha** Age : **K 13**

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-443573

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **19-29**

Nom de l'adhérent(e) : **Zaghloul Nabiha**

Total des frais engagés : **9566,92**

Date de dépôt : **05/02/2011**

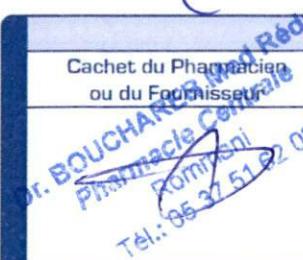
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet en signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/10/14	Cardiolo.	01 + 101 K130 9000 N (Join facture)		INPI HOPITAL MOULIGNY CASA BLANCA radi lais Etag Casablanca 12/10/14



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUCHAREZ Pharmacie Centrale Roumaziéni Tél.: 05 37 51 82 02	12/08/2021	4109,60



ANALYSES - RADIOGRAPHIES



AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

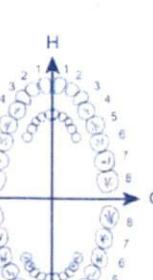
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

*Chirurgie de la Cataracte
 par Phacoémulsification*
*Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
 Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)*

الدكتور الراييس عبد الرحمن

أخصاصي في أمراض وجراحة العيون
 جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
 علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca le : 12/02/2021

SOINS POST- OPÉRATOIRES ZAGHLOUL Nabiha

- 99,00 • **1 boite PHYLARM** Se laver les paupières avec compresse stérile matin et soir.

- **1 boites compresse stérile**

- 2 X 30,30 • **ICOMB** Collyre une goutte 5 fois par jour pendant une semaine puis une goutte 3 fois par jour pendant une semaine.
 Ce traitement doit être arrêté progressivement.

- 4 X 58,00 • **INDOCOLLYRE** 1 goutte 4 fois par jour pendant 2 mois.

- 19,00 • **DIAMOX 250 mg** 1 comprimé si douleur avec
 sirop potassium KCL 1 cuillère.

Ce traitement ne doit pas être arrêté sans avis médical

PRECAUTIONS :

- ne pas frotter l'œil opéré.
- ne pas faire d'efforts excessifs.
- En cas de larmoiement vous devez utiliser chaque fois un nouveau mouchoir en papier (pas de mouchoir en tissu !) ou une nouvelle compresse stérile.

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.

Dr. BOUCHAREB Med Réda
 Pharmacie Centrale
 Romman
 Tél.: 05 37 51 62 32

Dr. BOUCHAREB Med Réda
 Pharmacie Centrale
 Romman
 Tél.: 05 37 51 62 02

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm

16 HER MEDIC
PPC
99.00 DHS
flacons de 10 ml

À chaque fois
que l'œil est irrité



INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam Beauséjour 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 39 32 84/53 – 06000 503 40 – Whatsapp Accueil 06 63 790 723

Fax: 05 22 39 33 65 www.labobenjelloun.ma

IF 51102718 – CNSS 6441662 – PATENTE 34823087 – INP 093001360 – ICE 001686316000007

FACTURE N° : 2102112033

Mme NABIHA ZAGHLOUL

Date: 11-02-2021



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
	Temps de Céphaline Activée (TCA)	B40	B
	Taux de Prothrombine (TP non traité)	B40	B

Total des B : 98

Montant total de la facture 156.32 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de cent cinquante-six dirhams trente-deux centimes.

مختبر بوجادوب للتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tel: 05 22 39 32 84/53
Fax: 05 22 39 33 65



FACTURE

N° : 128 / 2021 du 12/02/2021

CATARACTE

Nom patient	ZAGHLOUL NABIHA	Entrée	12/02/2021
	PAYANT	Sortie	12/02/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
IMPLANT	1,00		1 620,00	1 620,00
CONSOMMABLE	1,00	CONSO	2 680,00	2 680,00
			Sous-Total	4 300,00
			Total Clinique	5 500,00

DR. ANESTHESISTE (anesthesiste)	1,00	500,00	500,00
DR. RAISS ABDERRAHMANE (ophtalmologue)	1,00	3 000,00	3 000,00
		Sous-Total	3 500,00
Total Autres prestations			3 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF MILLE DIRHAMS		Total	9 000,00



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Phacoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca le 12/02/2021

COMPTE RENDU OPERATOIRE

La patiente ZAGHLOUL Nabiha a bénéficié d'une opération de la cataracte à l'œil droit .

J'ai opéré cette patiente sous anesthésie topique, l'intervention a consisté en l'extraction du cristallin par une incision tunellisée, étroite, auto étanche et phacoémulsification, avec mise en place d'un implant pliable à globe fermé

L'intervention s'est déroulée normalement et la patiente a pu sortir comme prévu.

Le traitement de sortie a consisté en l'instillation de Icomb 5x/jour.

Lors du dernier contrôle postopératoire, l'examen Bio microscopique était normal.



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. *ZAGHLOUL ABDERRAHMANE*

Nécessite *Intervention de cataracte*

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Catégorie par phacoémulsification + IOL KN3 =

Une hospitalisation de (approximatif) *One day*

A (préciser 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) :

Cachet, 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.

Le : 12/02/2021

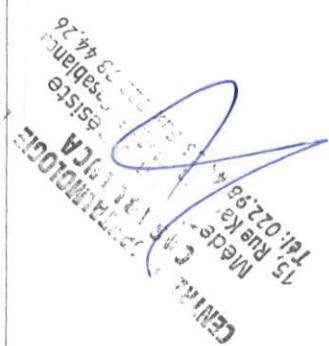
Références

128 / 210212165331046004
PAYANT

Entrée / Sortie : 12/02/2021 - 12/02/2021

Le Dr. ANESTHESISTEprésente à **Mme ZAGHLOUL NABIHA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500,00 Dhs (CINQ CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingué:


Cachet et signature

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **ZAGHLOUL NABIHA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **RAISS ABDERRAHMANE**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **12/02/2021**

Date sortie **12/02/2021**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : FATHIA 12/02/2021 16:54 PT210201164832-001

*CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
DE CASABLANCA
15, Rue Kadi Jass' Etage 5
Casablanca*

Le : 12/02/2021

Références

128 / 210212165341046005
PAYANT

Entrée / Sortie : 12/02/2021 - 12/02/2021

Le Dr. RAISS ABDERRAHMANEprésente à **Mme ZAGHLOUL NABIHA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 000,00 Dhs (TROIS MILLE DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingué:

*Cachet et signature*