

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.

Docteur n° N° W19-443565
63425

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1929

Société :

ANP

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zaghloul Nabiha

Date de naissance :

11/10/56

Adresse :

Lotissement Laimoun lot 115 Casablanca

Télé. :

06 18 76 41

Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-443565

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 :

1929

Nom de l'adhérent(e) :

Zaghloul Nabiha

Total des frais engagés :

3 000 DT

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et estampe de l'Institut des Actes
14/02/2011	consultation + examen Urofactic	5.00	25.00	DR. BOURGEOIS INSTITUT DES ACTES Lyon

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

F A C T U R E

N° : **156 / 2021** du **19/02/2021**

CATARACTE

Nom patient **ZAGHLOUL NABIHA** Entrée **19/02/2021**
PAYANT Sortie **19/02/2021**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1,00		1 200,00	1 200,00
			<i>Sous-Total</i>	1 200,00
IMPLANT	1,00		1 620,00	1 620,00
CONSOMMABLE	1,00	CONSO	2 680,00	2 680,00
			<i>Sous-Total</i>	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
		<i>Sous-Total</i>	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
DECASABLANCA
15, Rue Kadi Iass - 5^e Etage
Mâarif - Casablanca

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. *Zaynab*

Nécessite *Cutanosite OC & TOL*

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) *1K130*



Une hospitalisation de (approximatif)

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 : 19/02/2021

Références

156 / 210219154044046023
PAYANT

Entrée / Sortie : 19/02/2021 - 19/02/2021

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



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 الرئيس عبد الرحمن

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

Casablanca le 19/01/2021

CO MPTE RENDU OPERATOIRE

La patiente Zaghloul Nabiha bénéficié d'une opération de la cataracte à l'œil gauche

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.



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 **19/02/2021**

Date sortie **19/02/2021**

Le caissier

Le major

Billet de sortie établi par : FATHIA

19/02/2021 15:43

PT210201164832-002

*Centre d'Ophtalmologie de Casablanca
15, Rue Kadi Jaffar, El Jadida
Maroc*