

# 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.

## Diagnostic 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0004977

70419

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZER MOHAMED

Date de naissance : 24-02-1982

Adresse : TAMARIS ANFA 1 Ville 138

DAR BOUARA

Tél. 0651 928149 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/04/2021

Nom et prénom du malade : TAOUZER MED Age:

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

Nature de la maladie : cataracte

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/04/2021



# 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
23/04/21	C2		300,00	
23/04/2021	C		G	
27/04/2021	C		G	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ocean Bay Dr. FILALI AOUAL Fouad Ocean Bay Dar Bouazza	27.04.21	Pharmacie Ocean Bay Dr. FILALI AOUAL Fouad Ocean Bay Dar Bouazza 228,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AL MADINA Quartier El Moudjahid 05 22 77 40 00 - Fax 05 22 77 40 01	23.04.21	BIC	300 D.H.

# AUXILIAIRES MEDICAUX

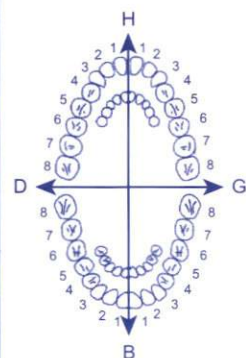
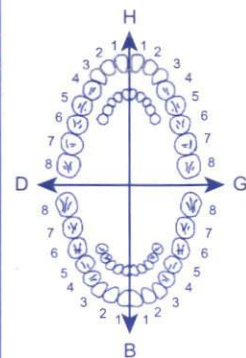
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA



02/04/2021

TAOUZER Mohamed

1 - Icin 20,10 x 6 x f

ايسين®  
**Icin®**

Lot: F0210  
Fab: 06 20  
Exp: 06 22

PPV: 27DH50

2 - Tobradex 20,35 x 7 x 6 x f  
18 x 4 x f  
18 x 2 x f



3 - Tobradex 54,40 une app 6 jours



4 - Sepren 74,80 19 x 2 x f

5 - Rondelles Steriles 228,10





**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

Casa le :

23/04/2021

TAOUBER Med

Cataracte de OD  
phaco

CDA

Biometrie

**Dr. BOUKSIM M.**  
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

Nom : **TAOUZER, MOHAMED**

ID :

Date de naissance : 27/02/1942

Date de mesure : 23/04/2021

Opérateur : **Clinique Al Madina**

Formule : SRK®/T

Réfraction cible : 0 D

n : 1.3375

**ZEISS**

Vérifier la plausibilité des valeurs de mesure AL, car des modifications pathologiques sont possibles !

<b>OD</b> droite	AL : 24.60 mm (SNR = 28.4) K1 : 39.94 D / 8.45 mm x 91° K2 : 40.42 D / 8.35 mm x 1° R / ES : 8.40 mm / 40.18 D Cyl. : -0.48 D x 91°	AL : 24.43 mm (SNR = 258.9) K1 : 40.47 D / 8.34 mm x 82° K2 : 40.91 D / 8.25 mm x 172° R / ES : 8.29 mm / 40.69 D Cyl. : -0.44 D x 82°	<b>OS</b> gauche
Réfraction : 0 D 0 D x 0°		Réfraction : 0 D 0 D x 0°	
État : Phaque		État : Phaque	
<b>.Zeiss CT LUCIA 201P/PY</b>		<b>.Zeiss CT LUCIA 201P/PY</b>	
Const. A : 119.10		Const. A : 118.80	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
23.0	-1.04	22.5	-0.94
22.5	-0.67	22.0	-0.57
22.0	-0.31	21.5	-0.20
<b>21.5</b>	<b>0.05</b>	<b>21.0</b>	<b>0.16</b>
21.0	0.40	20.5	0.52
20.5	0.75	20.0	0.87
20.0	1.10	19.5	1.22
IOL emmé. : 21.57		IOL emmé. : 21.22	
<b>LUCIDIS 108 LUCIDIS 108 MT</b>		<b>LUCIDIS 108 LUCIDIS 108 MT</b>	
Const. A : 118.15		Const. A : 118.40	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.0	-1.13	22.5	-1.29
21.5	-0.75	22.0	-0.91
21.0	-0.37	21.5	-0.54
<b>20.5</b>	<b>0.00</b>	<b>21.0</b>	<b>-0.17</b>
20.0	0.37	20.5	0.20
19.5	0.73	20.0	0.56
19.0	1.09	19.5	0.92
IOL emmé. : 20.50		IOL emmé. : 20.77	
<b>Biotech Vision Eyecryl Plus 600</b>		<b>Biotech Vision Eyecryl Plus 600</b>	
Const. A : 118.15		Const. A : 118.40	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.0	-1.14	22.5	-1.30
21.5	-0.76	22.0	-0.92
21.0	-0.39	21.5	-0.55
<b>20.5</b>	<b>-0.02</b>	<b>21.0</b>	<b>-0.18</b>
20.0	0.35	20.5	0.18
19.5	0.71	20.0	0.54
19.0	1.07	19.5	0.90
IOL emmé. : 20.48		IOL emmé. : 20.75	

(\* = modification manuelle, ! = Valeur incertaine !)

## F A C T U R E

N° : 6123 / 2021 du 23/04/2021

BIOMETRIE

Nom patient **TAOUZER MOHAMED**  
**PAYANT**

Entrée 23/04/2021  
Sortie 23/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300.00

CLINIQUE AL MADINA  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 - Fax : 05 22 25 00 01/02



## F A C T U R E

N° : 6124 / 2021 du 23/04/2021

CPA

Nom patient **TAOUZER MOHAMED**  
**PAYANT**Entrée 23/04/2021  
Sortie 23/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Clinique				150.00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Autres prestations				150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				
TROIS CENTS DIRHAMS				
Total				300.00

Dr Mehdi Lahbabi  
Anesthésiste Réanimateur

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 - Fax : 05 22 25 00 01/02