

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº P19-0027453

7808

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 358

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre : RAM, Retraité

Nom & Prénom : DELFI, DRISS

1942

Date de naissance :

Adresse : 38 Et Bouchra Sidi mousa

CASA BLANCA

Tél. : 0604780808 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146, Bd Joulane Bpt 1 Salmia 2  
Casa - Tél : 0522 57 00 55

Date de consultation : 22 / 05 / 2021

Nom et prénom du malade : Mme LAKHDAR Naima Age: 69 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection veineuse

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) :

## 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
22/05/2021	CS	G		<i>[Signature]</i>
01/06/2021	Anesthésie Anesthésique	300,00		<i>[Signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAALI RUE TOULOUSE C.I.L - CASA TÉL: 05 22 36 47 51	1/6/21	359,00 + 175,00 = 534,00	
<b>ANALYSES - RADIGRAPHIES</b>			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE BIOMETRIQUE 140 Rue Médéric Casablanca 0522 77 10 00	01/06/2021	Biometriku	300,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

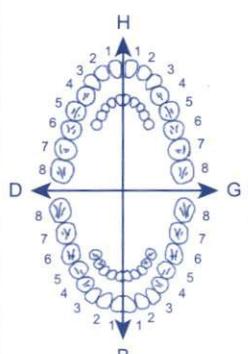
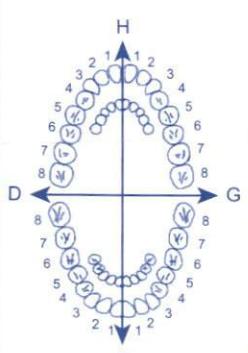
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANT DES SOINS
H	25533412	21433552	00000000	00000000
D	00000000	00000000	35533411	11433553
B				
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



# الدكتورة الساليم كريمة

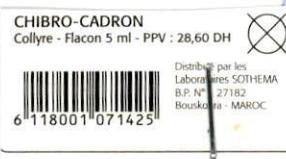
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير الشبكية والليزر  
العدسات اللاصقة

**Mardi 01 Juin 2021**

## Mme LAKHDAR NAIMA

36,90

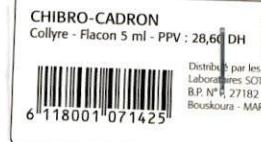
### CHIBROXINE COLLYRE S.



1 goutte 4 fois jour pdt 1 sem, œil gauche

28,60

### CHIBROCADRON COLLYRE



1 gtt 4 fois par jour pdt 1 sem

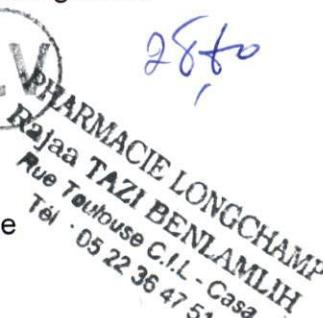
1 gtt 3 fois par jour pdt 1 sem

1 gtt 2 fois par jour pdt 1 sem

1 gtt le soir pdt 1 sem, œil gauche

20,70

### FRAKIDEX POMMADE S.V.



1 application / jour, le soir au coucher, œil gauche

147,00

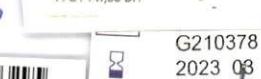
### THEALOSE COLLYRE S.V.



1 goutte 4 fois par jour pdt 2 mois, œil gauche

63,00

### PHYSIODOSE



1 Lavage le matin, œil gauche

30,40

### PANSEMENT OCULAIRE STERILE AUTOADI



**UBIPROX 250MG** 1cp le matin, 1cp le soir, 5 jours

32,70

359,00

Dr ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146 Bd Joulane Appt 1 Salmia 2  
Casa - Tel : 0522 57 00 55

LDT : 140402  
PER : 09/2022  
PPV : 32,70 DH

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
05 22 57 00 55, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 146

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



الدكتورة السالمي كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تحقير أو عية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

22/05/2021

Mme LAKHDAR NAIMA

- Cataracte OG

⇒ Périométrie

⇒ Consultation anesthésique

Dr. ESSALIME KARIMA  
146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2  
Casablanca - Tél: 0522 57 00 55

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse ③  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansait  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 4010 , Fax: 05 22 25 00 01

## FACTURE

N° : 7914 / 2021 du 01/06/2021

BIOMETRIE

Nom patient LAKHDAR NAIMA  
PAYANT

Entrée 01/06/2021  
Sortie 01/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1.00		300.00	300.00
<i>Sous-Total</i>				300.00
<b>Total Clinique</b>				<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

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  
Email : [clinique.almadina@yahoo.fr](mailto:clinique.almadina@yahoo.fr)-I.F n°:1007171-R.C:407991-Patente :34782425  
CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Andalou  
Quartier Palmier - Casablanca  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
tél: 05 22 77 77 40 fax: 05 22 25 00 01

## FACTURE

N° : 7913 / 2021 du 01/06/2021

CPA

Nom patient	<b>LAKHDAR NAIMA</b>	Entrée	01/06/2021
	<b>PAYANT</b>	Sortie	01/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

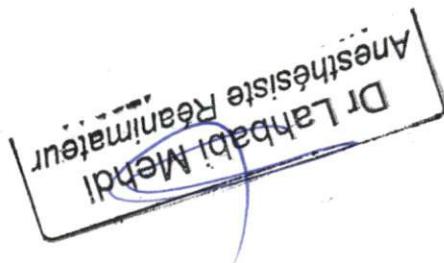
FRAIS CLINIQUE	CPA	1.00	150.00	150.00
			<i>Sous-Total</i>	150.00

<b>Total Clinique</b>	<b>150.00</b>
-----------------------	---------------

DR. LAHBABI MEHDI (anesthesiste)	CPA	1.00	150.00	150.00
			<i>Sous-Total</i>	150.00

<b>Total Autres prestations</b>	<b>150.00</b>
---------------------------------	---------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		<b>Total</b>
		<b>300.00</b>



CLINIQUE AL MADINA  
Caisse ③<sup>3</sup>  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 / Fax: 05 22 25 00 01

Clinique Al Madina

Nom : **LAKHDAR, NAIMA**

ID :

Date de naissance : 10/10/1951

Date de mesure : 01/06/2021

Opérateur : Clinique Al Madina

Formule : SRK®/T

Réfraction cible : 0 D

n : 1.3375



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

**OD**  
droite

AL : 24.40 mm (SNR = 100.9)  
K1 : 41.72 D / 8.09 mm x 33°  
K2 : 42.24 D / 7.99 mm x 123°  
R / ES : 8.04 mm / 41.98 D  
Cyl. : -0.52 D x 33°

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

**OS**  
gauche

AL : 24.26 mm (SNR = 281.3)  
K1 : 41.93 D / 8.05 mm x 135°  
K2 : 42.78 D / 7.89 mm x 45°  
R / ES : 7.97 mm / 42.36 D  
Cyl. : -0.85 D x 135°

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

**Zeiss CT LUCIA  
201P/PY**

Const. A :	119.10	Const. A :	118.80
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.0	-1.21	21.5	-1.11
21.5	-0.86	21.0	-0.76
21.0	-0.51	20.5	-0.40
<b>20.5</b>	<b>-0.16</b>	<b>20.0</b>	<b>-0.05</b>
20.0	0.18	19.5	0.29
19.5	0.52	19.0	0.64
19.0	0.85	18.5	0.97

IOL emm. : 20.26

**LUCIDIS 108 LUCIDIS  
108 MT**

Const. A : 118.15

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
20.5	-0.93	21.0	-1.09
20.0	-0.56	20.5	-0.72
19.5	-0.20	20.0	-0.36
<b>19.0</b>	<b>0.16</b>	<b>19.5</b>	<b>-0.01</b>
18.5	0.51	19.0	0.34
18.0	0.86	18.5	0.69
17.5	1.21	18.0	1.04

IOL emm. : 19.22

**Alcon SA60AT**

IOL emm. : 19.93

**Biotech Vision Eyecryl  
Plus 600**

Const. A : 118.40

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
21.0	-1.26	21.0	-1.05
20.5	-0.89	20.5	-0.69
20.0	-0.53	20.0	-0.33
<b>19.5</b>	<b>-0.17</b>	<b>19.5</b>	<b>0.02</b>
19.0	0.19	19.0	0.37
18.5	0.54	18.5	0.72
18.0	0.89	18.0	1.06

IOL emm. : 19.49

**Zeiss CT LUCIA  
201P/PY**

Const. A :	119.10	Const. A :	118.80
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.0	-1.17	21.5	-1.07
21.5	-0.81	21.0	-0.71
21.0	-0.47	20.5	-0.36
<b>20.5</b>	<b>-0.12</b>	<b>20.0</b>	<b>-0.02</b>
20.0	0.22	19.5	0.31
19.5	0.55	19.0	0.64
19.0	0.88	18.5	1.00

IOL emm. : 20.32

**LUCIDIS 108 LUCIDIS  
108 MT**

**Biotech Vision Eyecryl  
Plus 600**

Const. A :	118.15	Const. A :	118.40
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
21.0	-1.26	21.0	-1.05
20.5	-0.89	20.5	-0.69
20.0	-0.53	20.0	-0.33
<b>19.5</b>	<b>-0.17</b>	<b>19.5</b>	<b>0.02</b>
19.0	0.19	19.0	0.37
18.5	0.54	18.5	0.72
18.0	0.89	18.0	1.06

IOL emm. : 19.27

IOL emm. : 19.53

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