

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## 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.

## 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° P19- 0027453

78089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 358

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : DELFI, IRIS

Date de naissance : 1942

Adresse : 38 Bd Bouchara Sid Mahmoud  
CASA BLANCA

Tél. : 0660480808

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22 / 05 / 2021

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

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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) :



# 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
22/03/2021		Cs	G	
01/06/2021	Consultation		300,00	
	Anesthésie			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAMIL Rue Toulouse C.I.L. - Casab Tél: 05 22 26 47 51	1/6/21	359,00
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAMIL Rue Toulouse C.I.L. - Casab Tél: 05 22 26 47 51	01/6/21	2175,00
		T: 534,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/06/21	Biométrie	300,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

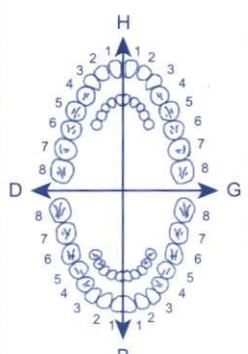
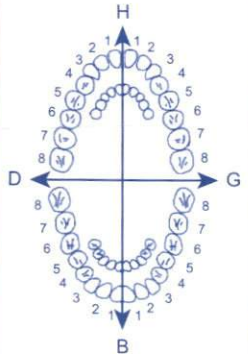
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. ESSALIME KARIMA**

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



**الدكتورة السليم كريمة**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العندسات اللاصقة

**Mardi 01 Juin 2021**

**Mme LAKHDAR NAIMA**

36,20

**CHIBROXINE COLLYRE S.V.**



1 goutte 4 fois jour pdt 1 sem, œil gauche

**CHIBROCADRON COLLYRE S.V.**

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

**FRAKIDEX POMMADE S.V.**

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

**THEALOSE COLLYRE S.V.**

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

**PHYSIODOSE S.V.**

1 Lavage le matin, œil gauche

**PANSEMENT OCULAIRE STERILE AUTOADHESIF S.V.**

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

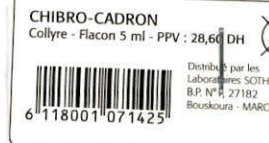
39,70

359,00

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60

146, شارع الجولان, شقة رقم 1, الطابق الأول - السالمية 2, الهاتف: 05 22 57 00 55

**Dr. ESSALIME KARIM**  
Ophtalmologue  
146, Bd Joulane Apt 1 Salmia 2  
Casa - Tél : 0522 57 00 55





**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 وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية والليزر  
العدسات اللاصقة

22/05/2021

Mme LAKHDAR NAÏMA

- Cataracte OG

⇒ Perimétrie

⇒ Consultation anesthésique

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

CLINIQUE AL MADINA ③  
Caisse  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansart  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40140 - Fax: 05 22 25 00 04

## F A C T U R E

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
			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  
Casse  
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

## FACTURE

N° : 7913 / 2021 du 01/06/2021

CPA

Nom patient **LAKHDAR NAIMA**  
**PAYANT**Entrée 01/06/2021  
Sortie 01/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Clinique				150.00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste) CPA	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 Lahbabi Mehdi  
Anesthésiste RéanimateurCLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01



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 !

<b>OD</b> 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°	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°	<b>OS</b> gauche
Réfraction : 0 D 0 D x 0°  État : Phaque		Réfraction : 0 D 0 D x 0°  État : Phaque	
<b>.Zeiss CT LUCIA</b> <b>201P/PY</b>	<b>Alcon SA60AT</b>	<b>.Zeiss CT LUCIA</b> <b>201P/PY</b>	<b>Alcon SA60AT</b>
Const. A : 119.10 IOL (D) REF (D) 22.0 -1.21 21.5 -0.86 21.0 -0.51 <b>20.5 -0.16</b> 20.0 0.18 19.5 0.52 19.0 0.85	Const. A : 118.80 IOL (D) REF (D) 21.5 -1.11 21.0 -0.76 20.5 -0.40 <b>20.0 -0.05</b> 19.5 0.29 19.0 0.64 18.5 0.97	Const. A : 119.10 IOL (D) REF (D) 22.0 -1.17 21.5 -0.81 21.0 -0.47 <b>20.5 -0.12</b> 20.0 0.22 19.5 0.55 19.0 0.88	Const. A : 118.80 IOL (D) REF (D) 21.5 -1.07 21.0 -0.71 20.5 -0.36 <b>20.0 -0.02</b> 19.5 0.31 19.0 0.67 18.5 1.00
IOL emmé. : 20.26	IOL emmé. : 19.93	IOL emmé. : 20.32	IOL emmé. : 19.98
<b>LUCIDIS 108 LUCIDIS</b> <b>108 MT</b>	<b>Biotech Vision Eyecryl</b> <b>Plus 600</b>	<b>LUCIDIS 108 LUCIDIS</b> <b>108 MT</b>	<b>Biotech Vision Eyecryl</b> <b>Plus 600</b>
Const. A : 118.15 IOL (D) REF (D) 20.5 -0.93 20.0 -0.56 19.5 -0.20 <b>19.0 0.16</b> 18.5 0.51 18.0 0.86 17.5 1.21	Const. A : 118.40 IOL (D) REF (D) 21.0 -1.09 20.5 -0.72 20.0 -0.36 <b>19.5 -0.01</b> 19.0 0.34 18.5 0.69 18.0 1.04	Const. A : 118.15 IOL (D) REF (D) 21.0 -1.26 20.5 -0.89 20.0 -0.53 <b>19.5 -0.17</b> 19.0 0.19 18.5 0.54 18.0 0.89	Const. A : 118.40 IOL (D) REF (D) 21.0 -1.05 20.5 -0.69 20.0 -0.33 <b>19.5 0.02</b> 19.0 0.37 18.5 0.72 18.0 1.06
IOL emmé. : 19.22	IOL emmé. : 19.49	IOL emmé. : 19.27	IOL emmé. : 19.53

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