

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-687106

109381



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 53110

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUARID Bouchair B

Date de naissance : 1953

Adresse :

Tél. 0663517268

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/12/2022

Nom et prénom du malade : MOUARID Bouchair B

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Cataracte

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) :



#### **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
21/02/2022	Frais Clinique 4.000,00 Cataracte Frais Médecin 1.000,00 OG		INP : 532 BD 05/02/2022 Keysernuss 25 Tel: 02 34 56 78 90 Opticien 02 34 56 78 90	

## **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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

# Dr. CHAHID Bouchra

Ophtalmologiste

Diplômée de l'Université de Lyon (France)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser phacoemulsification

Correction de la Myopie par lasik

Diplôme Universitaire de Contactologie

et Biomatériaux



## الدكتورة شفيق بشرى

اختصاصية في طب العيون

خريجية جامعة ليون (فرنسا)

عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون

أمراض وجراحة العيون بالليزر

علاج قصر البصر باللазير

Casablanca, le ..... 21/2/2022 الدار البيضاء، في

plus confidentiel

Cataracte de l'œil gauche

Cure de la cataracte par phaco +

implant IC130

1 Journée

Dr. Bouchra CHAHID

Ophtalmologiste

Hay Tarik Rue 40 N° 22

Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél : 05 22 75 04 35

05 22 75 04 35 - رقم 22 - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف :

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE : 001707296000027

# Dr. CHAHID Bouchra

Ophtalmologiste  
Diplômée de l'Université de Lyon (France)  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des yeux  
Laser phacoemulsification  
Correction de la Myopie par lasik  
Diplôme Universitaire de Contactologie  
et Biomatériaux



## الدكتورة شھید بشری

اختصاصية في طب العيون  
خريجة جامعة ليون (فرنسا)  
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون  
أمراض وجراحة العيون بالليزر  
علاج قصر البصر باللазيك

Casablanca, le ..... 21/12/22 الدار البيضاء، في

### Note d'honoraires

Le Docteur CHAHID BOUCHRA présente  
à l'<sup>1</sup><sup>er</sup> Mardi Bouchra. Son note  
d'honoraires pour chirurgie de la cataracte  
du mardi de l'œil gauche

Les frais d'honoraires s'élèvent à la  
summe de # Yousra # DHS

Dr. Bouchra CHAHID  
Ophtalmologiste  
Hay Tarik Rue 40 N° 22  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél. 05 22 75 04 35

حي طارق - زنقة 40 - رقم 22 - سيدى البرنوسي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 04 35

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE : 001707296000027



## F A C T U R E

N° : **3210 / 2022** du **21/02/2022**

*CATARACTE OG*

Nom patient **MOUARID BOUCHAIB**  
**PAYANT**

Entrée **21/02/2022**  
Sortie **21/02/2022**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	1,00		<b>4 000,00</b>	<b>4 000,00</b>
<i>Sous-Total</i>				<b>4 000,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>4 000,00</b>
<b>DR. CHAHID BOUCHRA (ophtalmo)</b>	1,00	K	<b>4 000,00</b>	<b>4 000,00</b>
<i>Sous-Total</i>				<b>4 000,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>4 000,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>				
HUIT MILLE DIRHAMS			<b>Total</b>	<b>8 000,00</b>
				<b>0,00</b>

Dr. MOUARID BOUCHAIB  
Ophtalmologiste  
Hôpital Ibn Rochd Casablanca  
Tél: 0522 750435

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
50 Bd Panoramique Casablanca  
Tél.: 0522 7740 à 49 (L)  
Fax: 0522 250001



## CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE

CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

### COMPTE RENDU OPERATOIRE

MOUARID BOUCHAIB

Date d'entrée: 21/02/2022

Diagnostic : Cataracte OG

Date de Sortie: 21/02/2022

Traitemet :CURE E CATARACTE PAR PHACO

Rappel :

**Opérateur : DR CHAHID BOUCHRA**

Anesthésie locale

Intervention :

Cataracte OG

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux de 3 mn.
- Pose d'un champ autocollant stérile.
- Désinfection de la conjonctive à la Bétadine ophtalmologique.
- Incision cornéenne supérieure tunnel Isée de 2,4mm.
- Capsulorhexis.
- Hydro dissection.
- Incision porte de service.
- Phacoémulsification en croix.
- Ablation des masses.
- Aspiration du 0 viscoat.
- Incision auto étanche.
- Pommade antibiotique/anti inflammatoire.
- Pansement.

Dr. BOUCHRA CHAHID  
Ophtalmologiste  
Tél: 0522 77 40 N° 22  
Sidi Bennour, Casablanca  
Tél: 0522 77 40 N° 22  
Dr. BOUCHRA CHAHID

CLINIQUE AL MADINA  
Facultative  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

## CLINIQUE AL MA



**BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE**

Date d'entrée 21/02/2022    Heure 07:08

Nom et Prénom du patient Mr MOUARID BOUCHAIB    Age ou Date Naissance 70 - 08/10/1953

N° Cin du patient ou du tuteur B183868

Adresse HAY QODS RES EL FAJR IMM KORONFOL NO 3 BERNOUSSI

Téléphone 0663517268

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant CHAHID BOUCHRA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

Motif d'hospitalisation CATARACTE OG

Affiliation à une couverture maladie NON

**Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie**

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

**Partie à compléter à la sortie**

Date Sortie 21/02/2022

Heure

09:46

Durée d'hospitalisation (jours)

1

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*