

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Une 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.

Biologie 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0036242

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00479 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FANGAR AHMED
 Date de naissance : 21/01/1948
 Adresse : Résidence 22 mansour AG-B-Ghandi et Yacoub 22 mansour 107.37 AP.6 CASA
 Tél. : 0663295031 Total des frais engagés : 652 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/04/22
 Nom et prénom du malade : FANGAR Ahmed Age 76 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : chirurgie 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

Le : 21/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
14/11/22	CSO p. n. m. s. t. h. p.	3000H		Dr. Ouissal BENESSA RÉANIMATEUR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/06/2022	52.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/04/22	B.I.R	3000p

AUXILIAIRES MEDICAUX

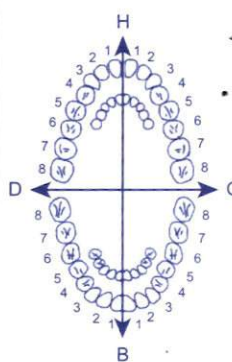
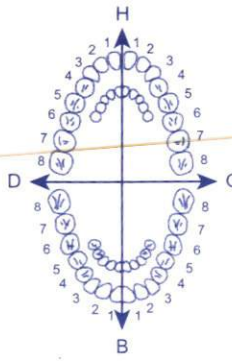
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bil

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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			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																								
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



18.4.17

Fan Gar Ahmed

30.10

- Maxidrol

1gtte x 4 (S)

22.10

- Maxidrol

525 Lappole (S)



PHARMACIE DU MECHOUAR
Rajaa SEBATI LAYT
93, Rue Lisienne - Casablanca
Tél.: 05 22 30 49 97 / 05 22 54 37 20
INPE : 092041961

Professeur Oualae Bencheikroun
Ophtalmogiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Téléphone : 062 55 19 36

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca, le 13.04.22 في الدار البيضاء

FanGar Ahmed

Caracte 01)

Consultation
pre anesthésie

Biometrie

Professeur Ouafae Benckroun
Ophtalmologiste
166, du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 062 55 19 31

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 6886 / 2022 du 14/04/2022

CPA

Nom patient **FANGAR AHMED**
PAYANT

Entrée 14/04/2022
Sortie 14/04/2022

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. BERRADA OUISSAM (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. Ouissam BERRADA
RÉANIMATEUR

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique CASABLANCA
Tél : 05 22 77 77 40
Fax : 05 22 77 77 40

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 6885 / 2022 du 14/04/2022

BIOMETRIE

Nom patient **FANGAR AHMED**
PAYANT

Entrée 14/04/2022
Sortie 14/04/2022


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
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 71 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01

Nom : FANGAR, AHMED ID : Date de naissance : 01/01/1946 Date de mesure : 14/04/2022 Opérateur : Clinique Al Madina		Formule : SRK®/T Réfraction cible : 0.0 D n : 1.3375	

OD droite		AL : 22.80 mm (SNR = 478.6) K1 : 45.00 D / 7.50 mm x 91° K2 : 46.94 D / 7.19 mm x 1° R / ES : 7.35 mm / 45.97 D Cyl. : -1.94 D x 91°	OS gauche		AL : 22.84 mm (SNR = 262.0) K1 : 44.53 D / 7.58 mm x 75° K2 : 46.36 D / 7.28 mm x 165° R / ES : 7.43 mm / 45.45 D Cyl. : -1.83 D x 75°
Réfraction : 0 D 0 D x 0°			Réfraction : 0 D 0 D x 0°		
État : Phaque			État : Phaque		
.Zeiss CT LUCIA 601P/PY		Alcon SA60AT	.Zeiss CT LUCIA 601P/PY		Alcon SA60AT
Const. A : 119.20		Const. A : 118.80	Const. A : 119.20		Const. A : 118.80
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.5	-0.83	22.0	-0.86	23.0	-0.89
22.0	-0.50	21.5	-0.52	22.5	-0.55
21.5	-0.17	21.0	-0.19	22.0	-0.22
21.0	0.15	20.5	0.14	21.5	0.11
20.5	0.47	20.0	0.47	21.0	0.43
20.0	0.79	19.5	0.79	20.5	0.75
19.5	1.10	19.0	1.11	20.0	1.07
IOL emmé. : 21.24		IOL emmé. : 20.72		IOL emmé. : 21.66	
LUCIDIS 108		Biotech Vision Eyecryl Plus 600		LUCIDIS 108	
LUCIDIS 108 MT		Biotech Vision Eyecryl Plus 600		LUCIDIS 108 MT	
Const. A : 118.15		Const. A : 118.40		Const. A : 118.15	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
21.5	-1.11	21.5	-0.88	22.0	-1.18
21.0	-0.75	21.0	-0.53	21.5	-0.83
20.5	-0.41	20.5	-0.19	21.0	-0.47
20.0	-0.06	20.0	0.14	20.5	-0.12
19.5	0.28	19.5	0.48	20.0	0.22
19.0	0.61	19.0	0.80	19.5	0.56
18.5	0.94	18.5	1.13	19.0	0.90
IOL emmé. : 19.91		IOL emmé. : 20.21		IOL emmé. : 20.32	
				IOL emmé. : 20.63	

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