

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : 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° P19- 0047002

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

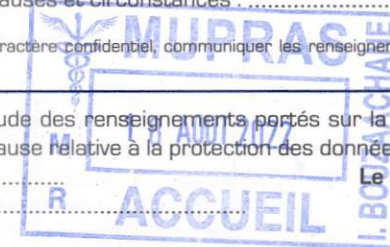
Matricule : 1511 Société : MUPRAS  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196472  
 Nom & Prénom : KOURANE Latifa  
 Date de naissance : 18/03/1950  
 Adresse : Résidence Vian IMAH Apt 2 oulfa Casablanca  
 Tél. : 0669 131370 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 13/06/2022  
 Nom et prénom du malade : KOURANE LATIFA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : cataracte de 06  
 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 : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : Kourane





# 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
13/06/22	Consultation	1	300 DH	Dr. Amal Aggarwal

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/22	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE AL MADINA FACTURATION 532 Bd. Panoramique - Casablanca Tél. : 05 22 77 40 84 9 (L.G) Fax : 05 22 25 00 01	17/06/22	BIC	300 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

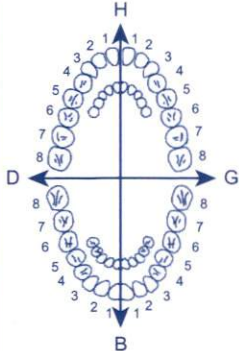
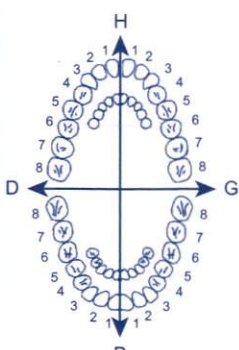
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 de l'ODF.

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 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 <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

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللايزر....

Casa le :

13/06/2022

KOURAME Latifa

cataracte de OC

C + A

[ Bien-être ]

Dr. Malika BOUKSIM  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11



Nom : **KOURAME, LATIFA**

ID :

Formule : SRK®/T

Date de naissance : 18/03/1950

Réfraction cible : 0.0 D

Date de mesure : 17/06/2022

n : 1.3375

Opérateur : **Clinique Al Madina**



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

**OD**  
droite

AL : 25.50 mm (SNR = 20.4)  
K1 : 42.72 D / 7.90 mm x 74°  
K2 : 44.29 D / 7.62 mm x 164°  
R / ES : 7.76 mm / 43.50 D  
Cyl. : -1.57 D x 74°

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

**.Zeiss CT LUCIA  
601P/PY**

**Alcon SA60AT**

Const. A : 119.20

Const. A : 118.80

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
16.5	-0.86	16.5	-1.11
16.0	-0.54	16.0	-0.77
15.5	-0.21	15.5	-0.44
<b>15.0</b>	<b>0.11</b>	<b>15.0</b>	<b>-0.11</b>
14.5	0.43	14.5	0.21
14.0	0.74	14.0	0.54
13.5	1.05	13.5	0.86

IOL emmé. : 15.17

IOL emmé. : 14.83

**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)
16.0	-1.17	16.0	-1.02
15.5	-0.82	15.5	-0.67
15.0	-0.48	15.0	-0.34
<b>14.5</b>	<b>-0.14</b>	<b>14.5</b>	<b>0.00</b>
14.0	0.20	14.0	0.33
13.5	0.53	13.5	0.66
13.0	0.86	13.0	0.98

IOL emmé. : 14.30

IOL emmé. : 14.50

**OS**  
gauche

AL : 26.59 mm (SNR = 147.8)  
K1 : 43.77 D / 7.71 mm x 61°  
K2 : 43.95 D / 7.68 mm x 151°  
R / ES : 7.70 mm / 43.86 D  
Cyl. : -0.18 D x 61°

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

**.Zeiss CT LUCIA  
601P/PY**

**Alcon SA60AT**

Const. A : 119.20

Const. A : 118.80

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
13.0	-1.00	12.5	-0.86
12.5	-0.68	12.0	-0.54
12.0	-0.37	11.5	-0.22
<b>11.5</b>	<b>-0.06</b>	<b>11.0</b>	<b>0.10</b>
11.0	0.25	10.5	0.41
10.5	0.56	10.0	0.72
10.0	0.86	9.5	1.02

IOL emmé. : 11.41

IOL emmé. : 11.15

**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)
12.5	-1.16	12.5	-1.04
12.0	-0.82	12.0	-0.71
11.5	-0.49	11.5	-0.38
<b>11.0</b>	<b>-0.16</b>	<b>11.0</b>	<b>-0.06</b>
10.5	0.17	10.5	0.26
10.0	0.49	10.0	0.58
9.5	0.81	9.5	0.89

IOL emmé. : 10.76

IOL emmé. : 10.91

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

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : 11616 / 2022 du 17/06/2022

CPA

Nom patient **KOURAME LATIFA**  
**PAYANT**

Entrée 17/06/2022  
Sortie 17/06/2022

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. ANWAR ARMEL (anesthésiste)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

**Dr. Anwar ARMEL**  
Anesthésiste-Réanimateur

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

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : 11614 / 2022 du 17/06/2022

BIOMETRIE

Nom patient **KOURAME LATIFA**  
**PAYANT**

Entrée 17/06/2022

Sortie 17/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	<b>300,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

**CLINIQUE AL MADINA**  
**FACTURATION**  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (4 G)  
Fax : 05 22 25 00 01