

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	03045		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société :	
Nom & Prénom :		KAMALI ALI	
Date de naissance :		01-11-1960	
Adresse :		7 Rue Georges Sand Apt 5 MARRAKECH	
Tél. :		0661337762 Total des frais engagés : # 4580 #	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 17/10/2022 Nom et prénom du malade : KAMALI <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : CASA Signature de l'adhérent(e) :  Le : 07/11/2022 			

BELLE 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
17			300,00	INP : 091015479.
10	Cic			
20.11.			Abs	Dr. MAITRE SAUZALIS OPHTHALMOLOGISTE Cabinet Central 22-86-14-11 Signature

## **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
	18/08/2022	Nouvelle facture	1200,00 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <p>Zabir ISMAIL Opticien-Optométriste 8, Av Mers Sultan (en face Alpha 55) Blanca - Tél/Fax: 05.22.22.16.30</p>	26.10.22					30.00

#### **BELEVE 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الملاحة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

17/10/2022

Casablanca, le :

**KAMALI      Ali**

## DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (106° -1,00) + 0,75

Oeil Gauche : (66° -2,50) + 0,50

## DE PRES Organiques

Oeil Droit : (106° -1,00) + 3,25

Oeil Gauche : (66° -2,50) + 3,00

  
**Zobir ISMAIL**  
 Opticien - Optometriste  
 58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)  
 Casablanca - Tél / Fax: 05.22.22.16.30



Abdelmoumen Center,  
 Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211  
 Tramway station Abdelmoumen  
 Tél : 05 22 86 14 18  
 GSM : 06 44 05 49 05  
 E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

CASABLANCA : 26 - 10 - 22

## FACTURE

**0001406**

Ordonnance de Docteur :

Client ; M : KAMALI Ali

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION			
	LOIN	PRES	BI-TRI&MULTIFOCAUX
O.D	407	408	
O.G	414	415	

DESCRIPTION			
Qté	Désignation	Montant TTC	
1	MONTURE		1300 -
2	VERRES : organiques Durci zutireflets louer la vision de loin		380 -
2	verres: organiques Blancs louer la vision de près		800 -
TOTAL TTC			3080 -

Arrête la présente Facture à la somme de:

- Trois mille quatre cent dix -

  
**Zobir ISMAIL**  
 Opticien - Optométriste  
 58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)  
 Casablanca - Tel / Fax: 05.22.22.16.30



Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلاة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

Casablanca, le :

17/10/2022

**KAMALI Ali**

Rendez - vous le :

A la Clinique de

pour une angiographie rétinienne en fluorescence, après avoir instillé :

- Les pupilles seront dilatées et la vue de loin risque d'être troublée.
- La conduite automobile n'est alors plus possible.

Dr. Adil WAHIDY  
Oculiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
2ème Etage 14 18 - Casablanca  
Tél: 05 22 86 14 18 - GSM : 0661 48 33 35

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنواو و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

**CLINIQUE BELLE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M, KAMALI ALI  
Séjour : Du 18/10/2022 au 18/10/2022

**FACTURE**  
202203330  
Du : 18/10/2022

Etablie par : E. BADIA

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCEINIQUE	1	1 200,00	1 200,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 200,00</b>

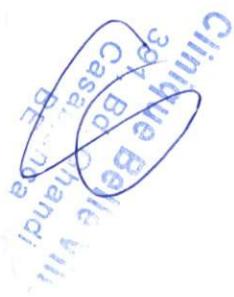
Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			0,00

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

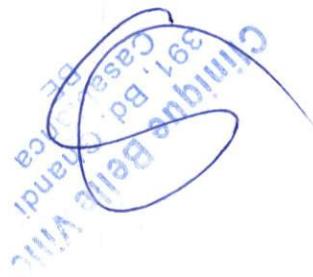
	Patient
<b>Total TTC</b>	<b>1 200,00</b>



**CLINIQUE BELLE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** 2205687**NOM DU PATIENT** M. KAMALI ALI**MÉDECIN TRAITANT** WAHIDY ADIL**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**NUMERO PRISE EN CHARGE****DATE D'ENTREE** 18/10/2022**DATE DE SORTIE** 18/10/2022

**CLINIQUE BELLE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
Casablanca

NOM DU PATIENT : M. KAMALI ALI DATE DE NAISSANCE : 01/11/1960	Sejour : Du 18/10/2022 au 18/10/2022
	
Reçu N°: 6105	
Paiement du 18/10/2022 11h23	
Montant	1 200,00 Dh
Type de paiement	TPE

Imprimé par : ELDABHI KHADIJA Le 18/10/2022 11h25

Clinique Belle Ville  
391, Bd. Chandi  
Casablanca  
BE

Établissement:

Service:

Adresse:

Médecin opérant:

Opérateur:

Commentaire:

CLINIQUE BELLE VILLE

Ophthalmologie

Patient:

Date de naissance:

Patient No.:

Médecin traitant:

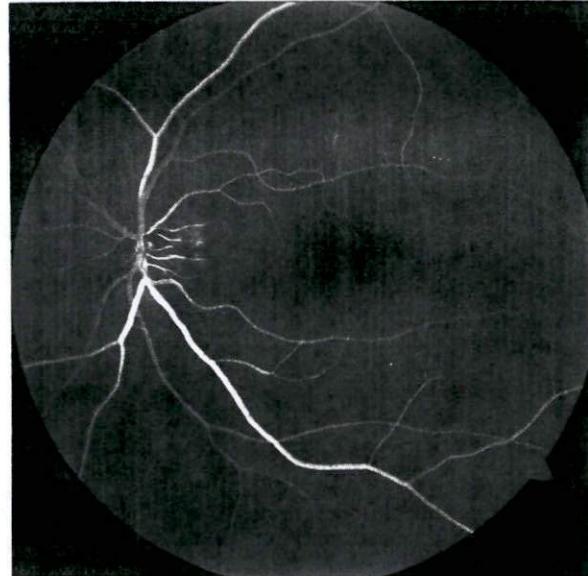
KAMALI, ALI

01/11/1960

ZEISS

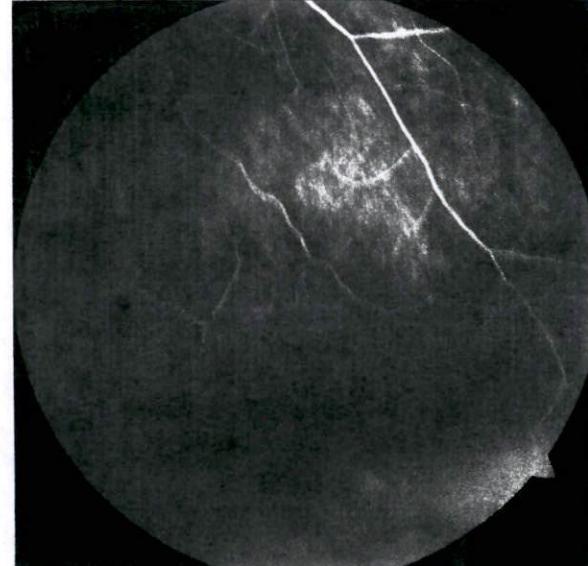
FA 0:57.6 OS 45° 18/10/2022

FA



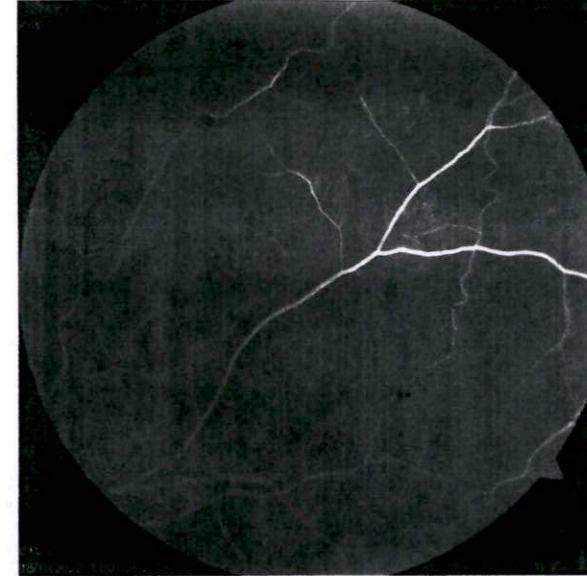
FA 3:16.3 OS 45° 18/10/2022

FA



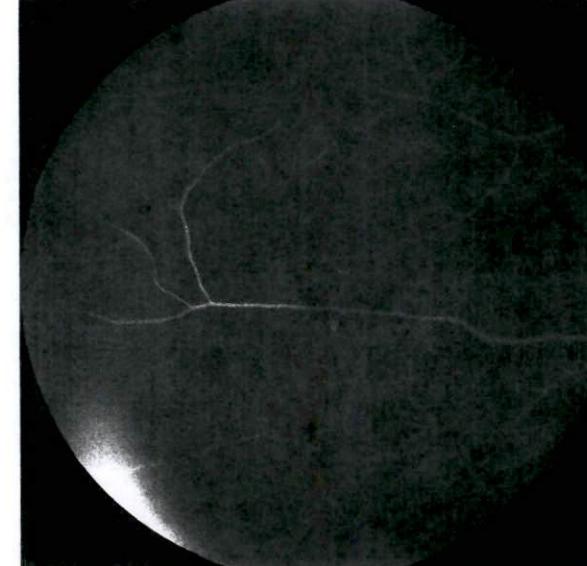
FA 2:20.8 OS 45° 18/10/2022

FA



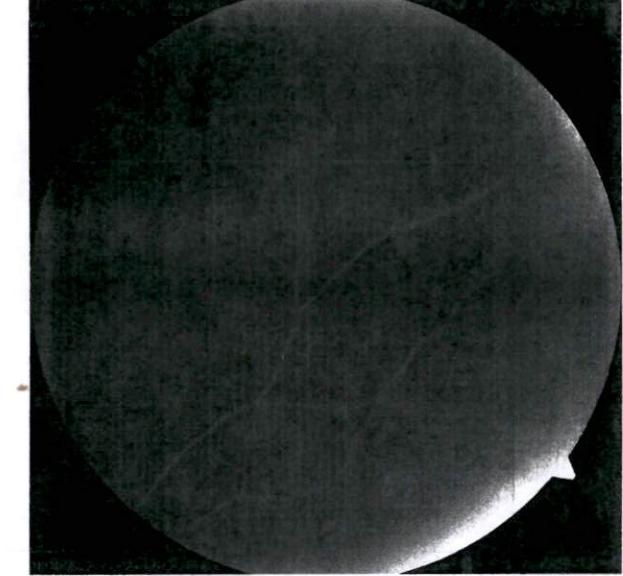
FA 3:29.1 OS 45° 18/10/2022

FA



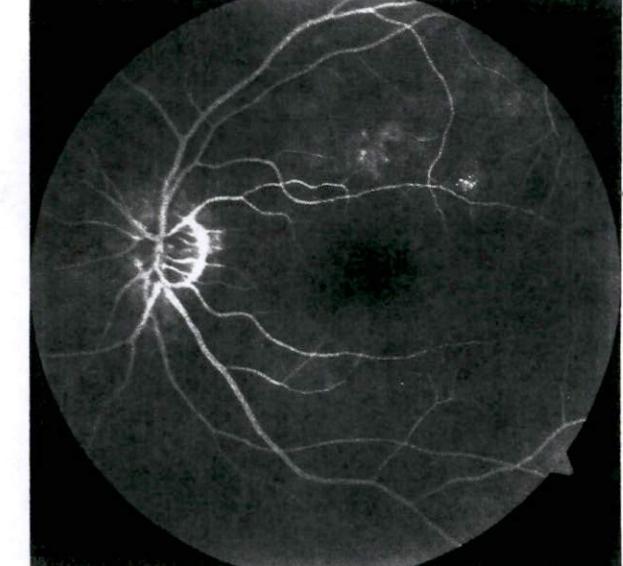
FA 2:43.2 OS 45° 18/10/2022

FA



FA 3:51.9 OS 45° 18/10/2022

FA



Établissement:

Service:

Adresse:

Médecin opérant:

Opérateur:

Commentaire:

CLINIQUE BELLE VILLE

Ophthalmologie

Patient:

Date de naissance:

Patient No.:

Médecin traitant:

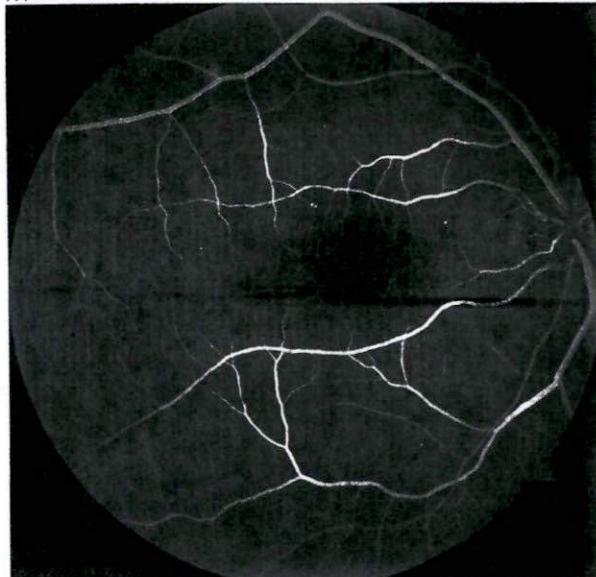
KAMALI, ALI

01/11/1960



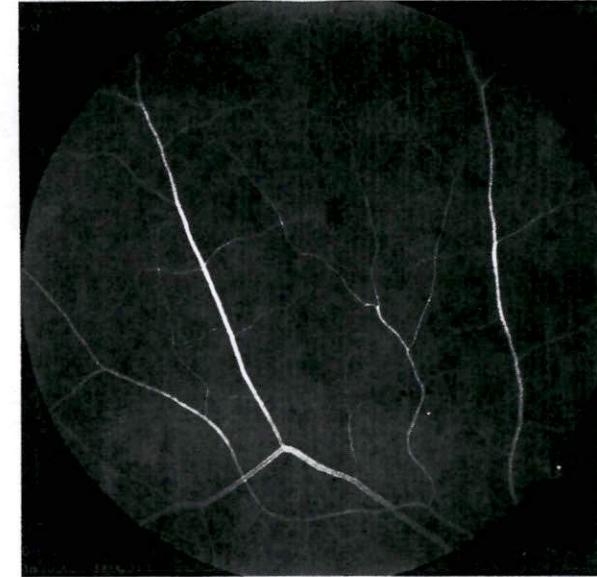
FA 0:45.5 OD 45° 18/10/2022

FA



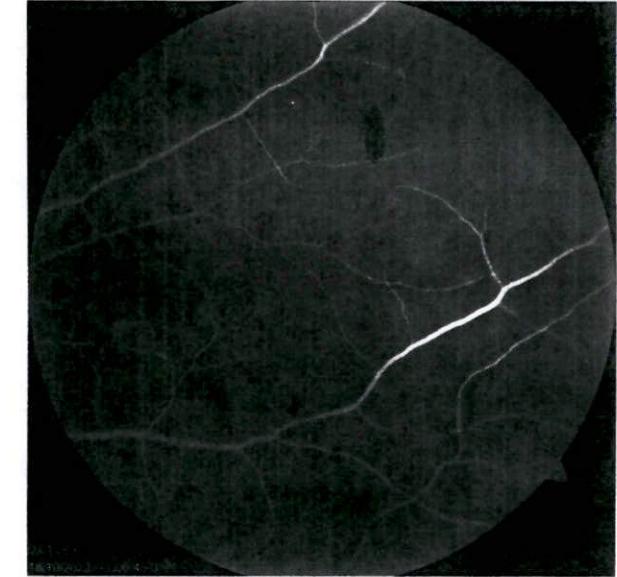
FA 1:12.7 OD 45° 18/10/2022

FA



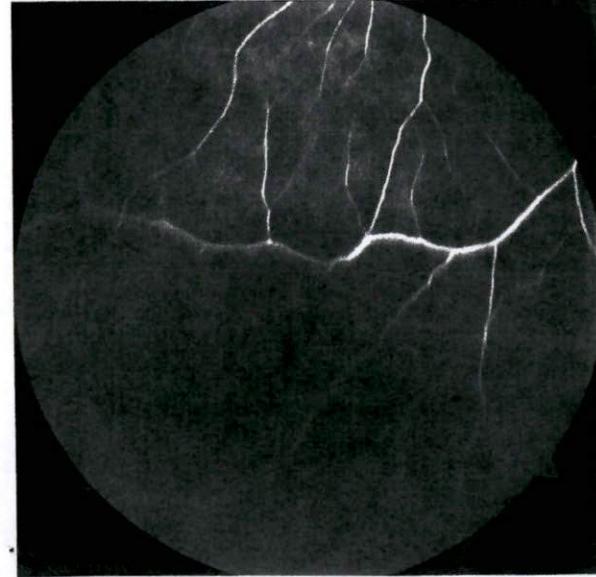
FA 1:26.6 OD 45° 18/10/2022

FA



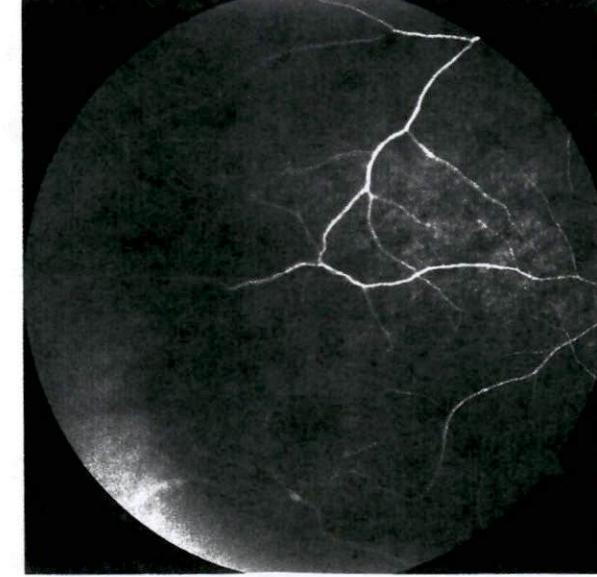
FA 1:49.1 OD 45° 18/10/2022

FA



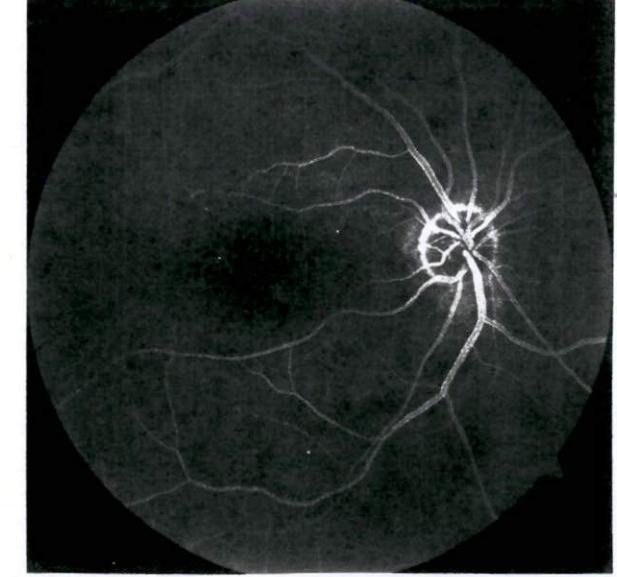
FA 2:01.3 OD 45° 18/10/2022

FA



FA 3:41.9 OD 45° 18/10/2022

FA



Établissement:

Service:

Adresse:

Médecin opérant:

Opérateur:

Commentaire:

CLINIQUE BELLE VILLE

Ophthalmologie

Patient:

Date de naissance:

Patient No.:

Médecin traitant:

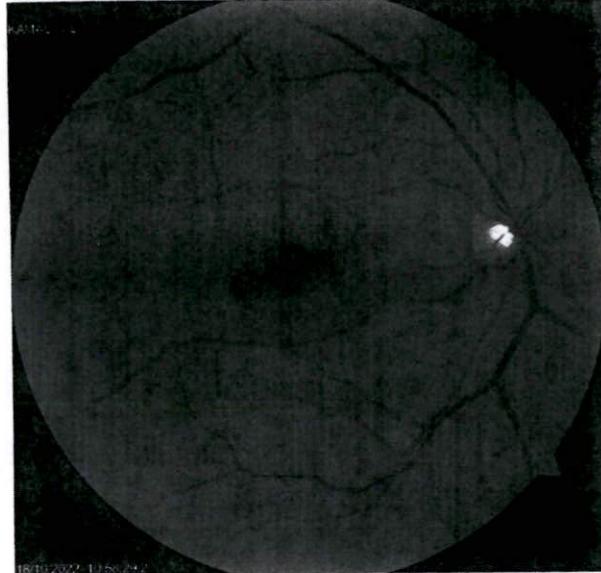
KAMALI, ALI

01/11/1960



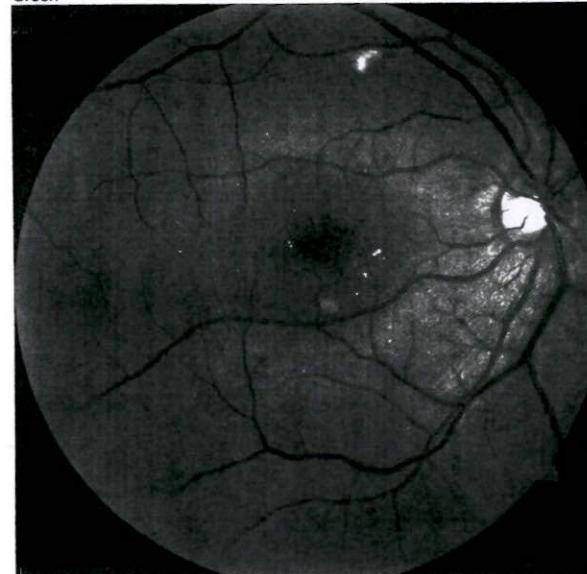
Couleur OD 45° 18/10/2022

Color



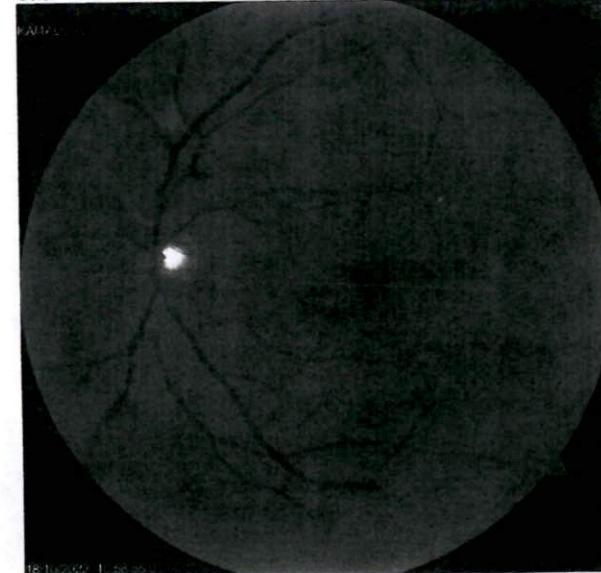
Vert OD 45° 18/10/2022

Green



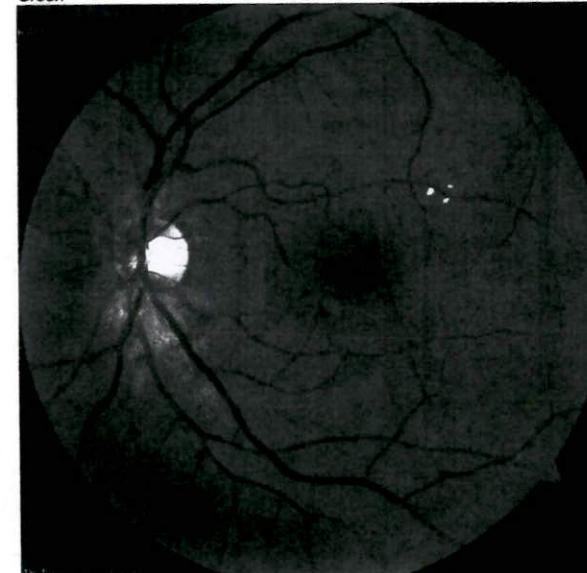
Couleur OS 45° 18/10/2022

Color



Vert OS 45° 18/10/2022

Green





## ACHAT

18/10/22

11:22:17

9900594368

95943601

**CLINIQUE BELLE VILLE**

Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\*3605

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

**MONTANT : 1200,00 MAD**

Num Transaction : 003

Num Autorisation : 0N5563

STAN : 001134

---

TICKET CLIENT