

## **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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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

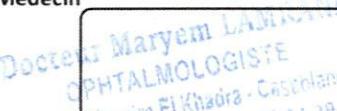


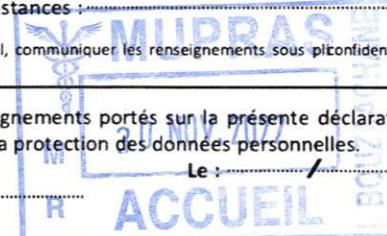
## **Déclaration de Maladie**

N° W19-466612

139251

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 673		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SEBTI Abdellah			
Date de naissance : 27/08/1982			
Adresse :			
Tél. : 0661323624		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 20/04/2021			
Nom et prénom du malade : SEBTI Abdellah Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection ophtalmologique			
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
20/11/72	6			INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
532 Bd de l'Est TÉL. 03 22 11 11 11	20/11/72	AMCI	13.000.00
	20/11/72	YAC	13.000.00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

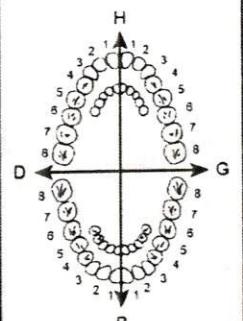
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	INP : [REDACTED]
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني  
مُتخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس  
**Docteur Maryem LAMRANI**

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôpital-Dieu de Paris

Casablanca, le 20/04/2022

SEBTI Abdelali

العنوان: 38، Boulevard El Massira El Khadra - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

ANGIOGRAPHIE A LA FLUORESCEINE

Oeil droit : quelques drusen, altération de l'épithélium pigmentaire maculaire.

Oeil gauche : occlusion de la veine nasale supérieure avec légère ischémie.

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46 / 47

Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

الدكتورة مريم العمراني  
مُتَخَصِّصةَ في طب وجراحة العَيُون خريجَة جامِعَة بارِيز  
**Docteur Maryem LAMRANI**

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôpital-Dieu de Paris

20/04/2022

SEBKI Adelali

—  
Angiographie rétinienne à la fluorescine

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

الدكتورة مريم العمراني  
مُتَّخِصِّصةٌ في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس  
**Docteur Maryem LAMRANI**

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris

20/04/2022

SERTI Abdelali

Laparotomie au laser YAG oeil gauche  
pour opacification capsulaire

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
20 boulevard El Massira El Khadra - Casablanca  
05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : **7115 / 2022** du **20/04/2022**

**ANGIOGRAPHIE**

Nom patient **SEBTI ABDELALI** Entrée **20/04/2022**  
**PAYANT** Sortie **20/04/2022**

CLINIQUE AL MADINA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>ANGIOGRAPHIE</b>	<b>1.00</b>		<b>1 300.00</b>	<b>1 300.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>7115 / 2022</b> du <b>20/04/2022</b> <b>MILLE TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b> <b>1 300.00</b>
<b>SEBTI ABDELALI</b> <b>PAYANT</b>	Entrée <b>20/04/2022</b> Sortie <b>20/04/2022</b>

Docteur Maryem LAMKANI  
OPHTALMOLOGISTE  
532 Bd El Maârifia El Khadra Casablanca  
Tél: 05 22 77 40 40 Fax: 02 25 00 02

Nombre Lettre Clé Prix Unitaire Montant  
1.00 1 300.00 1 300.00  
Total Clinique 1 300.00  
Total 1 300.00

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N°: 7114 / 2022 du 20/04/2022

LASER YAG

Nom patient SEBTI ABDELALI Entrée 20/04/2022  
PAYANT Sortie 20/04/2022

CLINIQUE AL MADINA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER YAG	1.00		1 300.00	1 300.00
F A C T U R E Total Clinique				1 300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : <b>MILLE TROIS CENTS DIRHAMS</b>	Total <b>1 300.00</b>
SEBTI ABDELALI PAYANT	Entrée 20/04/2022 Sortie 20/04/2022

Docteur Marjane LAMKANI  
OPHTALMOLOGISTE  
532 Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 05 2277 77 40 Fax: 022 25 00 02 RC: 407991 TP: 34782425 IF: 1007171 ICE: 001630200000096 CNSS: 7582358

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 05 2277 77 40 Fax: 022 25 00 02 RC: 407991 TP: 34782425 IF: 1007171 ICE: 001630200000096 CNSS: 7582358

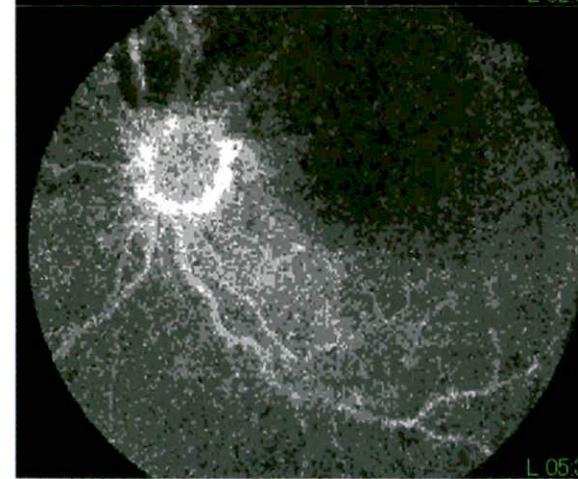
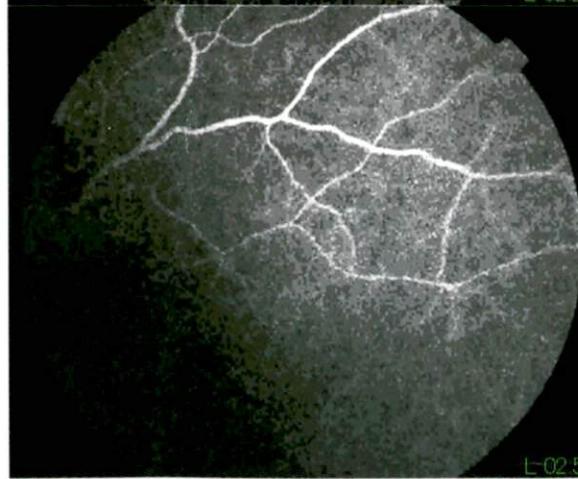
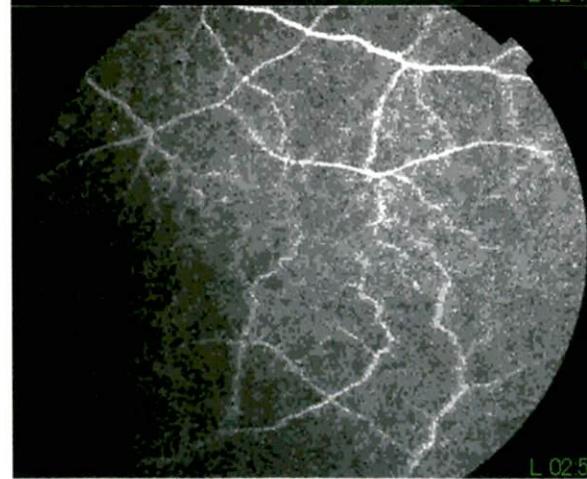
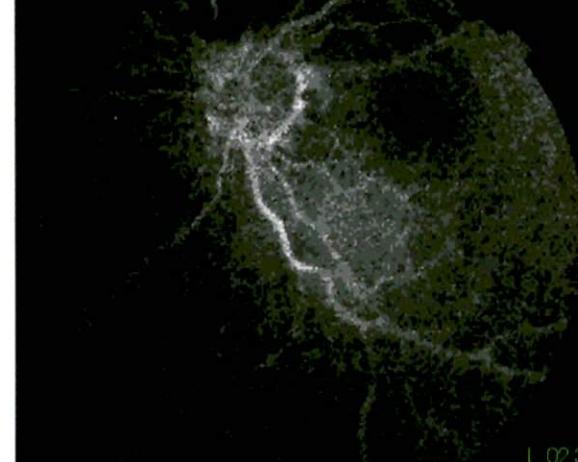
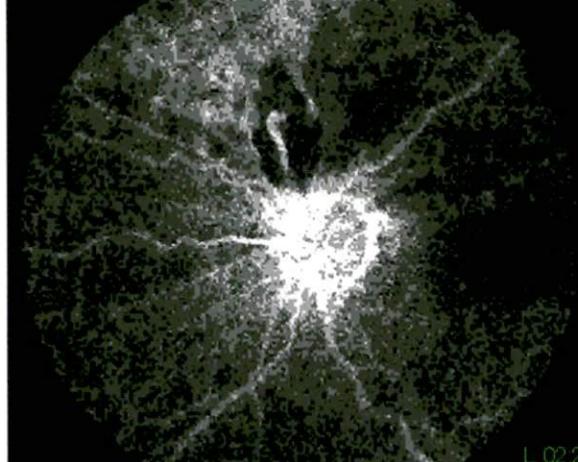
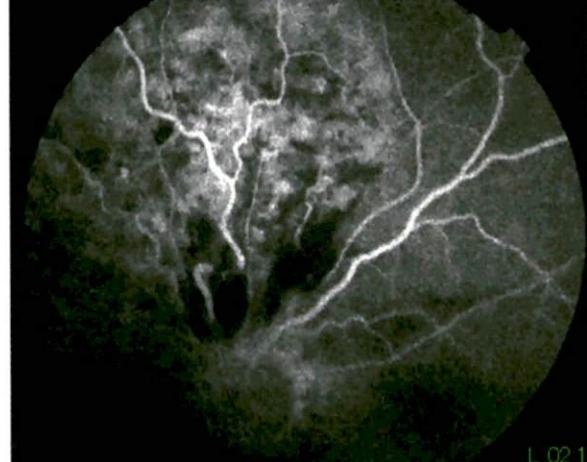
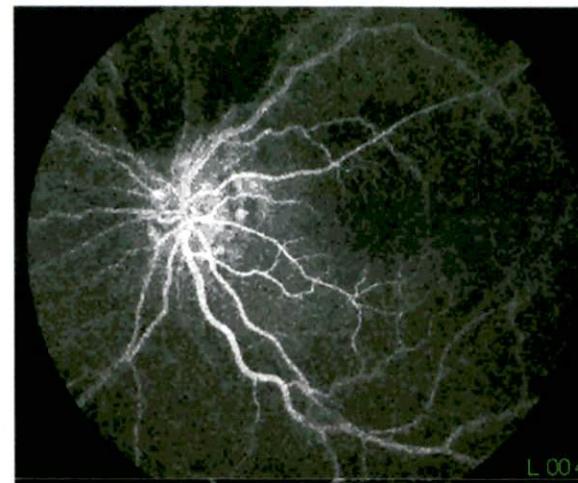
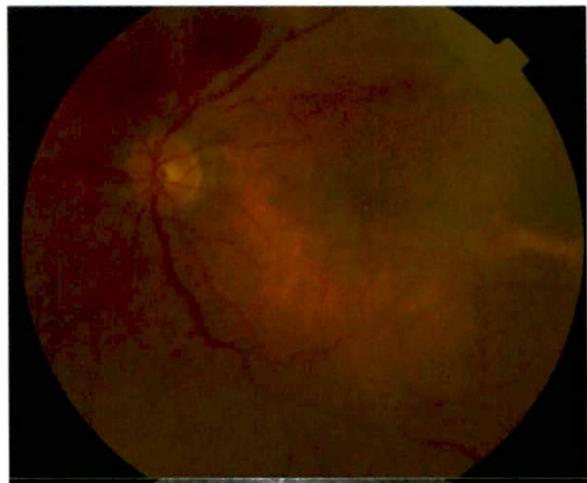
**CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA**

Patient ID:101334

Nom du patient:SABTI, ABDELALI

Dr:

Date:20-04-2022



*CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA*

Patient ID:101334

Nom du patient:SABTI, ABDELALI

Dr:

Date:20-04-2022

