

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

- 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.

14413 M22- 0025003
Conformément
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3503 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : N. Afeddine A. Bdekhousen

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse :

Tél. : 06.88.51.75.73 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 09/01/2023

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION

Casablanca le

22/12/2022

RECU

Reçu de M LIDRISI KHADIJA
la somme de : 1005,00 Dhs
Mille Cinq Dirhams ,
en complément de la prise en charge.

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. amarante, casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 60 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

PAYER EN ESPÈCE

22/12/2022

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et Prénom : **LIDRISI KHADIJA**
Date d'intervention : **22/12/2022**
Chirurgien : **Dr. CHAHBI**
Anesthésiste : **DR ROCHDI**
Mode d'anesthésie : **AL**
Intervention : **Cataracte Avec Implant**
Œil : **DROIT**

- Blepharostat
- Pré-incision au couteau 2.75
- Injection de viscoélastique
- Capsulorrhesis à l'aiguille puis avec la pince
- Hydrodissection
- Mobilisation du noyau
- Phacoemulsification
- Lavage des masses à l'IA
- Mise en place d'I C P
- Lavage du PVE
- Injection d'ATB dans la CA
- Pommade
- Pansement.



22/12/2022

Facture N°4457/2022

Nom et Prénom : LIDRISI KHADIJA
 P. E. C : ATLANTASANAD
 Date d'intervention : 22/12/2022
 Adresse : 181, Boulevard d'Anfa - casablanca-
 ICE : 001529660000034

1 jour d'hospitalisation à 400.00 : 400,00

Bloc opératoire K 130 : 3 250,00

Total : 3 650,00

Pharmacie : 1 300,00

Honoraire Dr CHAHBIK130 : 3 900,00

Honoraire M. ANESTHESISTE K40 : 1 200,00

Total : 10 050,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Dix Mille Cinquante Dirhams.

Domiciliation Bancaire

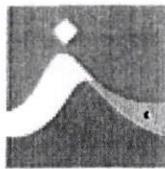
BMCE

AGENCE CASA ALEXANDRIE

COMPTE N°011793000065210000099086

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 65 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
S.S

la facture originale
a été envoyé
à ATLANTASANAD
pour le règlement



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

N° police	004.2020.00000036	Intermédiaire	072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	01 - SOCIETE CENTRALE DE REASSURANCE		
Adhérent	00000192 - LIDRISSI KHADIJA	Adresse	8, rue Mikkhail Nouaima -ex Quais - CASABLANCA
Malade	Lui même		
N° sinistre	040.2022.00820418	Date décision	19/12/2022
Frais engagés	10 050.00 Dhs	Date édition	19/12/2022
Date survenance	13/12/2022	Réf. Etat	o.ghafir
Nature maladie	H55-H59 : Autres affections de l'Œil et de ses annexes		
N° dossier			

Nous soussignés, AtlantaSanad Assurance dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'Anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **13/12/2022**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre à **CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE** le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **90.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **9 045.00 Dhs (NEUF MILLE QUARANTE CINQ DIRHAMS)**.

Ci-joint le détail de la prise en charge par prestation.

POUR LA COMPAGNIE



N.B. : S/RESERVE CRO

N.B. : Cette attestation est valable pour une durée de 3 mois. La facture accompagnée de l'originale de la présente doivent être envoyées 30 jours au plus tard à compter de la date de l'exécution des soins.



DETAIL PRISE EN CHARGE

N° police	004.2020.00000036	Intermédiaire	072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	01 - SOCIETE CENTRALE DE REASSURANCE		
Adhérent	00000192 - LIDRISSI KHADIJA	Adresse	8, rue Mikkhail Nouaima -ex Quais - CASABLANCA
Malade	Lui même		
N° sinistre	040.2022.00820418	Date décision	19/12/2022
Frais engagés	10 050.00 Dhs	Date édition	19/12/2022
Date survenance	13/12/2022	Réf. Etat	o.ghafir
Nature maladie	H55-H59 : Autres affections de l'Œil et de ses annexes		
N° dossier			

Liste des prestations accordées :

Prestation	Clé	Nbr.	Frais réels (Dhs)	Mnt. Ret. (Dhs)	Base Rem. (Dhs)	Tx. %	Mnt. Accordé	Reli. plaf (Dhs)	Gros R. (Dhs)
(*) K130	K	1	10 050.00	0.00	10 050.00	90.00	9 045.00	9 045.00	9 045.00

Observation(s) :

(*) S/RESERVE CRO