

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-547497

155530

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3561 Société : RAM.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAZ mane NABU

Date de naissance : 11.01.1970

Adresse : 235 BU Youssef el moussoum

Tél. : 06-53-75-05-68

Total des frais engagés : 1348,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Ouafae BENCHERROUN  
Ophthalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax : 0522 36 37 08  
Urgence : 0662 55 19 36

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KAZ mane NABU Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : opacification capsulaire post

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 : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
23.2.23		CG	CG	INPE: 091021758

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/2023	149,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/03/23	1000 7AG	1200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

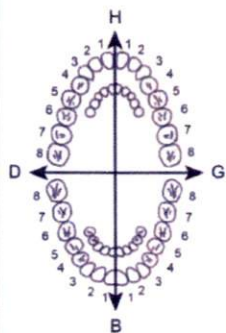
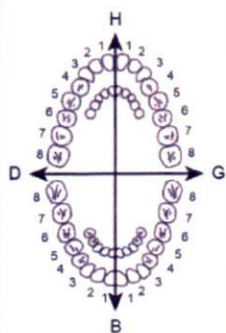
VOILET ADHERENT

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	21433552	G	25533412	00000000		D	00000000	00000000	35533411	11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	21433552	G													
	25533412	00000000														
	D	00000000	00000000													
	35533411	11433553	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

3.3.23

Mr Hasmane Nasile

58,00

- Indololol

1 gtt x 4

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Sounni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13 Rue Annarjis Beausejou  
Casablanca Tél : 05 22 39 09 70

INDOCOLLYRE 0.1% LOT/عبار H8256  
Collyre 5ml FAB/مخ الاطع 02-2022  
ZENITH PHARMA EXP/مخ الاطع 07-2023  
AMM N°155/19/DMP/2/JNRQDNN  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

91,50

- Alpha Gaze

1 gtt x 2

PPV: 91DH50  
**Alphagan**  
0.2%  
Brimonidine

149,50

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Sounni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13 Rue Annarjis Beausejou  
Casablanca Tél : 05 22 39 09 70

Professeur Ouass BENCHEKROUN  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 36 17 08  
Urgence : 06 62 53 12 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 وجراحة العيون

جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - الاليزر

عدسات الإتصال

Casablanca, le 23-2-23 في الدار البيضاء

Hasmane Nasil

Laser YAG (OD)

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal, CM  
- Casablanca -  
Tél.: 05 22 47 15 94 - Fax: 05 22 99 34 51

Professeur Ouafae BENCHEKROUN  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 36 37 08  
Urgence: 06 62 55 19 36

# F A C T U R E

N° **2 727** / 2023 du **03/03/2023**

Nom patient	<b>KAZMANE NABIL</b>	Entrée 03/03/2023	Sortie 03/03/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

**LASER YAG**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
<b>LASER YAG</b>	<b>1,00</b>		<b>1 200,00</b>	<b>1 200,00</b>
			Sous-Total	1 200,00
<b>Total</b>				<b>1 200,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 200,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>MILLE DEUX CENTS DIRHAMS</b>		

Encaissements	<b>Espèces</b>				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
	<b>1 200,00</b>				<b>1 200,00</b>	<b>0,00</b>

  
**CLINIQUE STENDHAL**  
 18, Avenue Stendhal, CM  
 Casablanca -  
 Tél. : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

**CLINIQUE STENDHAL - SARL AU**

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51  
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 01754572000095  
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com