

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

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° M21- 071255

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14526 Société : R.A.M.A.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Khaïme - ABDELLAH
 Date de naissance : 20-05-1974
 Adresse :
 Tél. : 06 62 33 91 30 Total des frais engagés : 1116,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/05/2023
 Nom et prénom du malade : Khaïmet Abdellah Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : laser ODS
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
20/05/23				
20/05/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

01/05/23

116,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

04/05/23

bx Angon

1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

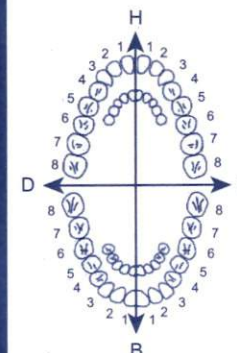
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

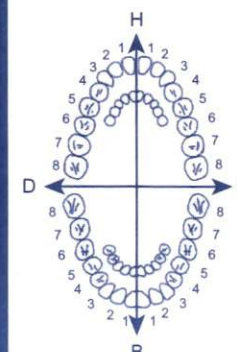
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le 04/07/23

Kaïme + Abdellah

1) endocollyre ODS
 58,00 x 2 ~~1000~~ 400 6 1 ms
 116,00



Dr. Aït Mo
 Ophtalm
 Al Wilaf Fer
 Résidence A
 Bureau N° 7 C
 Tél : 05 22 99 34 51

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عبارة H8956
 Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج 10-2022
 ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 03-2024
 AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
 6118001270088 PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عبارة H8956
 Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج 10-2022
 ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 03-2024
 AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
 6118001270088 PPV : 58,00 DHS

PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
 756, Boulevard Oued Sebou
 Tél: 05 22 99 50 06 - Casablanca

de 04/05/13
Koumet Abdellah

PR : laser

ODS

- sans Anesthésie locale
- aspects de LPR diffus
- de LPR. au n du q.
- teynal et syf.

Dr. Aït Moulay Latifa
Ophtalmologiste
Al Wilaq Ferrara Lot. N° 05
Résidence Aya 3ème Etage
Bureau N° 7 Oulfa - Casablanca
Tél : 06 22 99 82 87

QUINTAL
CLINIQUE STENDHAL
Casablanca, CM
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 05 03 47 Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : dentaire@cliniquestendhal.com

Dr. Ait Moulay Latifa

Ophtalmologiste

Al Wiffaq Ferrara 1, Lot N° 65, Résidence Aya,
3ème Etage, Bureau N°7, Oulfa, Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87



الدكتورة أيت مولاي لطيفة

طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الوفاق فيرارا 1، تجزئة 65 إقامة آية، الطابق
الثالث مكتب رقم 7، الزلفة الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 65 84 88 - النقال : 06 23 98 82 87

03/05/2023

- **Mr KAIMEZ Abdellah**
- **48 ans et 11 Mois**

PPR ODG

DR AIT MOULAY LATIFA

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

Dr. Ait Moulay Latifa
Ophtalmologiste
Al Wiffaq Ferrara 1, Lot N° 65, Residence
Aya, 3ème Etage, Bureau N°7, Oulfa - Casablanca
Tel: 05 22 65 84 88 - Gsm: 06 23 98 82 87

F A C T U R E

N° **4 906 / 2023** du **04/05/2023**

Nom patient	KAIMEZ ABDELLAH	Entrée 04/05/2023	Sortie 04/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

LASER ARGON PASCAL CE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER ARGON PASCAL CEIL	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

	Total général	1 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00


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