

## 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° W21-787786

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8348 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : A B / 1009 .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 61170950 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
05 22 20 45 45 et 05 22 94 29 47

Date de consultation : 26 / 04 / 2023 .....

Nom et prénom du malade : HAROURAO Nadia Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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) : .....

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
26/04/23	PTV	FC 13000	DF	
	OC	AT 26000	H	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

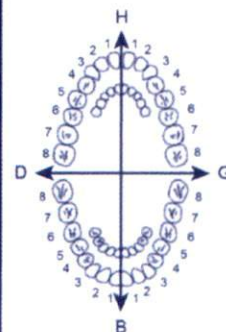
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

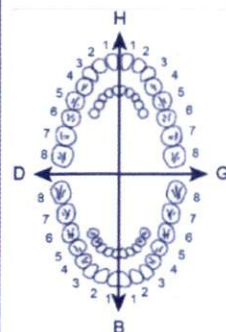
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 9512 / 2023 du 26/04/2023

Nom patient **HAROUROUD NADIA**

Entrée 26/04/2023

**PAYANT**

Sortie 26/04/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CPA	1.00	150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Clinique				150.00

PR. HADDAD WAFAA (anesthésiste)	CPA	1.00	150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Autres prestations				150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
CAISSE  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01



# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 9580 / 2023 du 26/04/2023

Nom patient **HAROUROUD NADIA**  
**PAYANT**

Entrée 26/04/2023  
Sortie 26/04/2023

### PTERYGION OEIL GAUCHE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	1 300,00	1 300,00
			Sous-Total	1 300,00
Total Clinique				1 300,00

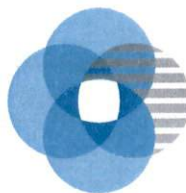
DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue)	1,00		2 350,00	2 350,00
DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue)	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	2 600,00
Total Autres prestations				2 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	3 900,00
TROIS MILLE NEUF CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736, AGENCE MECQUE- CASA

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

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 40 54 et 05 22 77 40 55 (L.G)



## COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient **Mme HAROUROUD NADIA**

Chirurgien **DR. LAMRANI MARYEM**

Anesthésiste

Nature de l'intervention **PTERYGION OEIL GAUCHE**

Date intervention **26/04/2023**

Type d'anesthési **Locale**

**Intervention :**  
**Pterygion OG**

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux lors de la préparation
- Deuxième application de Bétadine péri orbitaire et dans les culs de sacs conjonctivaux pendant 3 mn avant la chirurgie ;
- Pose d un champ autocollant stérile ;
- Pose du plépharostat
- Injection sous conjonctivale de xylocaïne\* à 2% en regard du ptérygion
- Incision conjonctivale à 3 mm du limbe pour isoler le ptérygion
- Pelage du lambeau cornéen par le scarificateur
- Injection sous conjonctivale de xylocaïne\* à 2% sous la paupière supérieure
- Incision et isolement de greffon conjonctival
- Suture du greffon à la place du ptérygion au vicryl 8/0
- Pommade antibiotique anti-inflammatoire
- Pansement et coque de protection

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22.94.29.40 et 05 22.94.29.41

CLINIQUE AL MADINA  
FACILITATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)

CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>HAROUROUD NADIA</b>		Chambre : <b>NA</b>
Médecin traitant : <b>LAMRANI MARYEM</b>	Prise en charge : <b>PAYANT</b>	
Date entrée : <b>26/04/2023</b>	Date sortie : <b>26/04/2023</b>	
Diagnostic : <b>PTERYGION OEIL GAUCHE</b>		
Le caissier	L'infirmier	<b>RDV</b>
Billet de sortie établi par : <b>HAJARAIT</b> 26/04/2023 12:19 E2302305		

**Nb: Veuillez ramener obligatoirement ce billet de sortie lors de votre prochain RDV.**

**CLINIQUE AL MADINA**  
**EXCHIRURGIE**  
532, Bd Mohammed VI - Casablanca  
Tél : 05 22 17 17 17