

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 321 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TAZI ABBES

Date de naissance : 31-12-1940

Adresse : Bd KENNEDY lot Youself NR 3 Parcana Casablanca

Tél. : 0658.88.50.44 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/06/2013

Nom et prénom du malade : TAZI ABBES Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ALD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02/06/2013

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
14/06/23	cataracte OD	0 D	9600 Dhs	FACTURATION Tél: 05 22 25 00 47 Fax: 05 22 25 00 47 Dr. M'hamed KADOURI OPHTALMOLOGISTE cira 2 Khadra - Casablanca tél: 05 22 94 29 47

## 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 Cœfficients	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.

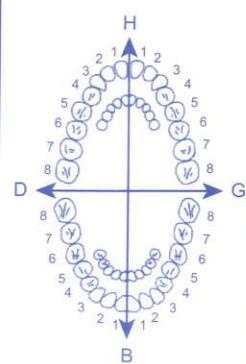
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
000000000	000000000
000000000	000000000
85533411	11433553



### **[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris*

Casablanca, le 14 juin 2023

TAZI Abbes

CATARACTE ŒIL DROIT: phacoémulsification avec implant

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

MULTIDISCIPLINAIRE

090006784



## FACTURE

N° : 15519 / 2023 du 14/06/2023

Nom patient TAZI ABBES  
PAYANTEntrée 14/06/2023  
Sortie 14/06/2023

## CATARACTE OD

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

FRAIS CLINIQUE	1.00	URG	5 400.00	5 400.00
<i>Sous-Total</i>				5 400.00
<b>Total Clinique</b>				<b>5 400.00</b>

DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue)	1.00		4 200.00	4 200.00
<i>Sous-Total</i>				4 200.00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>4 200.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
NEUF MILLE SIX CENTS DIRHAMS			
		<b>Total</b>	<b>9 600.00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
36, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22 54 29 40 et 05 22 94 29 47

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
132, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 049 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

## COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient Mr TAZI ABBES

Chirurgien DR. LAMRANI MARYEM

Anesthésiste

Nature de l'intervention CATARACTE OD

Date intervention 14/06/2023

Type d'anesthésie Locale

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux de 3 mn.
- Pose d un champ autocollant stérile.
- Désinfection de la conjonctive à la Bétadine ophtalmologique.
- Incision cornéenne supérieure tunnel lsée de 2,4mm.
- Capsulorhexis.
- Hydro dissection.
- Incision porte de service.
- Phacoémulsification en croix.
- Ablation des masses.
- Implantation dans le sac.
- Aspiration du viscoélastique
- Hydro-suture de l incision.
- Incision auto étanche.
- Pommade antibiotique/anti inflammatoire.
- Pansement.
- Puissance de l implant :

LINIQUE AL MADINA  
OPHTALMOLOGISTE  
32, Bd El Massira El Khadra Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra Casablanca  
Tél. : 05 22 94 28 40 et 05 22 94 29 47

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 14/06/2023 Heure 07:54

Nom et Prénom du patient Mr TAZI ABBES

Age ou Date Naissance 84 - 31/12/1940

N° Cin du patient ou du tuteur B39866

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant LAMRANI MARYEM

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

0.00

Motif d'hospitalisation CATARACTE OD

Affiliation à une couverture maladie OUI

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - MUPRAS

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 14/06/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

1

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*  
*CLINIQUE AL MADINA*  
*FACURATION*  
*72, Bd Panoramique Casablanca*  
*Tél: 05 22 77 77 40*  
*Fax: 05 22 25 00 01*