

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0061797

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 896 Société : RT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELHITI ALADJ N HAMED

Date de naissance : 02/01/1943

Adresse : 1 Rue L'OUKAMEN Li'l Casablanca

Tél. : 06 66 76 113 Total des frais engagés : 3008,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : BELHITI Saoud Age : 02/12/19

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 : Casablanca Le : 07/01/2024

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11.12.23 | cs.g.kr | 1 | 350,00 | <p>Docteur Maryem LAMRANT</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>El Massira El Khadra - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47</p> |
| 17/01/24 | cs | 1 | 90 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <p>PHARMACIE LA SOURCE</p> <p>Melle F. LA SOURCE</p> <p>Docteur Maryem LAMRANT</p> <p>7, Rue An Asserdoune, C.I.L.</p> <p>Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85</p> | 03/01/24 | 58,00 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| <p>CLINIQUE AL MADINA</p> <p>RC 2</p> <p>532, Bd Hassan II, Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)</p> <p>Fax: 05 22 25 00 00</p> | 03/01/24 | Lava 4Hc | 500 DH |
| | | | 800 DH |

AUXILIAIRES MÉDICAUX

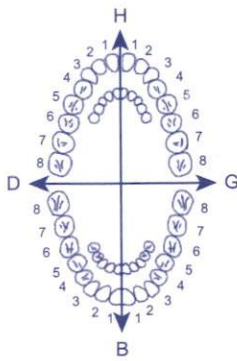
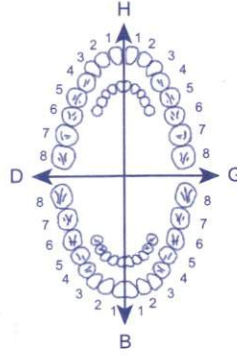
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Docteur Maryem LAMRANT | 03/01/24 | | | | | |
| OPHTALMOLOGISTE | | | | | | |
| El Massira El Khadra - Casablanca | | | | | | |
| Tel: 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47 | | | | | | |

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 canalaires, 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 | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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



ORDONNANCE

02/01/2024

BELGHITI Souad

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/ رقم النعجة
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج H9648
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 05 - 2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM 10 - 2024
6118001270088 PPV : 58,00 DHS 66671

Instiller dans l'œil droit,

58.00

INDOCOLLYRE



1 poutte 2 fois par jour pendant 15 jours

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUINI MOUNA
Docteur en Pharmacie C.I.L.
7, Rue Aïn Aoudjine - C.I.L.
Casablanca - Tél. 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTHALMOLOGISTE
39, bd El Massira El Nostra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز
Docteur Maryem LAMRANI
Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

11/12/2023

BELGHITI Souad

Capulotomie au laser YAG pour opacification
capsulaire œil droit

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

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 17 janvier 2024

BELGHITI Souad

Capsulotomie au laser YAG œil gauche pour opacification capsulaire

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
B. Bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 1876 / 2024 du 17/01/2024

Nom patient **BELGHITI SOUAD**
PAYANTEntrée 17/01/2024
Sortie 17/01/2024

LASER YAG

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| FRAIS CLINIQUE LASER YAG | 1,00 | | 500,00 | 500,00 |
| | | | Sous-Total | 500,00 |
| Total Clinique | | | | 500,00 |

| | | | | |
|--|------|--|------------|--------|
| DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue) LASER YAG | 1,00 | | 800,00 | 800,00 |
| | | | Sous-Total | 800,00 |
| Total Autres prestations | | | | 800,00 |

| | | |
|---|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 1 300,00 |
| MILLE TROIS 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 47CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 & 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 140 / 2024 du 03/01/2024

Nom patient **BELGHITI SOUAD**
PAYANT

Entrée 03/01/2024
Sortie 03/01/2024

LASER YAG

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | | 500,00 | 500,00 |
| | | | Sous-Total | 500,00 |
| Total Clinique | | | | 500,00 |

| | | | | |
|------------------------------------|------|--|------------|--------|
| DR. LAMRANI MARYEM (ophtalmologue) | 1,00 | | 800,00 | 800,00 |
| | | | Sous-Total | 800,00 |
| Total Autres prestations | | | | 800,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Total 1 300,00

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
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 et 05 22 77 77 41 (LG)
Fax : 05 22 25 00 02