

# 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.

## Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° P19-0035495

12173

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0716 Société : R A M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUMECHKA Karim  
Date de naissance : 20 OCT 1948  
Adresse : lot UNA, N° 207 Sidi MA AROUF Casablanca  
Tél. : 0661272118 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :  
Dr. ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2  
Casa - Tél : 0522 57 00 55  
Date de consultation : 26 / 11 / 2019  
Nom et prénom du malade : Mr. BOUMECHKA KARIM Age : 71  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
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 : Casa Le : 26 / 11 / 2019  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]




# 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 Soins
26/11/19	Contrôle		Gratuit	
26/11/19	Cs anesthésique		300,00	

## 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
	26/11/19	2x0	300,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

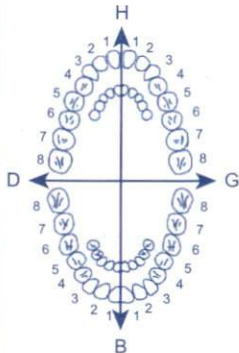
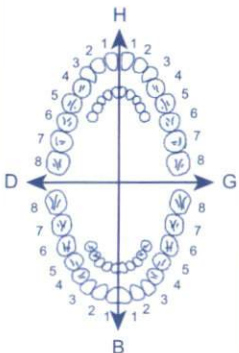
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. ESSALIME KARIMA**

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



**الدكتورة الساليم كريمة**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

Le 22/10/2019

Kabboun Boumechka

Cataracte oeil droit

cure de cataracte par phaco  
+ Implant

K 130

**Dr. ESSALIME KARIMA**  
Ophtalmologue  
146, Bd Joulane App. 1 Salmia 2  
Casa - Tel: 0522 57 00 55

**Dr. ESSALIME KARIMA**

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



**الدكتورة الساليم كريمة**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

26/11/2019

Mr Boumechke Kabbou

Recommande

CLINIQUE AL MADINA  
Angle Rue Med Bah et Rue Mansard  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tel: 05 22 57 00 55 - Fax 05 22 57 00 55

DR. ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146 Bd Joulane Apt 1 Salmia 2  
Casa - Tel: 0522 57 00 55

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
146, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 05 22 57 00 55

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553



## F A C T U R E

N° : 8804 B / 2019 du 26/11/2019

BIOMETRIE

Nom patient **BOUMECHKA KABBOUR**  
**PAYANT**

Entrée 26/11/2019

Sortie 26/11/2019

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE AL MADINA ③  
Caisse  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01

## FACTURE

N° : 8805 B / 2019 du 26/11/2019

CPA

Nom patient **BOUMECHKA KABBOUR**  
**PAYANT**

Entrée 26/11/2019

Sortie 26/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00
DR. ACHIAKH MILOUDA (anesthésiste)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00


Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01



Nom : <b>BOUMECHKA, KABBOUR</b> ID : Date de naissance : 20/10/1948 Date de mesure : 26/11/2019 Opérateur : <b>CLINIQUE ALMADINA</b>		Formule : SRK®/T Réfraction cible : 0 D n : 1.3375			
<b>Vérifier la plausibilité des valeurs de mesure AL, car des modifications pathologiques sont possibles !</b>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>OD</b> droite         </div>	AL : 23.38 mm (SNR = 16.5) K1 : 45.98 D / 7.34 mm x 92° K2 : 46.30 D / 7.29 mm x 2° R / ES : 7.31 mm / 46.14 D Cyl. : -0.32 D x 92°		AL : 23.35 mm (SNR = 235.2) K1 : 45.86 D / 7.36 mm x 160° K2 : 46.11 D / 7.32 mm x 70° R / ES : 7.34 mm / 45.98 D Cyl. : -0.25 D x 160°		
Réfraction : 0 D 0 D x 0°  État : Phaque		Réfraction : 0 D 0 D x 0°  État : Phaque			
Alcon SA60AT		Alcon SA60AT		Alcon SA60AT	
Const. A : 118.80		Const. A : 118.80		Const. A : 118.80	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
20.0	-0.90	20.0	-0.90	20.5	-1.07
19.5	-0.57	19.5	-0.57	20.0	-0.73
19.0	-0.25	19.0	-0.25	19.5	-0.40
<b>18.5</b>	<b>0.07</b>	<b>18.5</b>	<b>0.07</b>	<b>19.0</b>	<b>-0.08</b>
18.0	0.39	18.0	0.39	18.5	0.24
17.5	0.70	17.5	0.70	18.0	0.56
17.0	1.01	17.0	1.01	17.5	0.87
IOL emmé. : 18.61		IOL emmé. : 18.61		IOL emmé. : 18.88	
Alcon AcrySof MA60AC		Eyecryl		Alcon AcrySof MA60AC	
Const. A : 119.20		Const. A : 118.40		Const. A : 119.20	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
20.5	-0.90	19.5	-0.89	21.0	-1.06
20.0	-0.58	19.0	-0.56	20.5	-0.73
19.5	-0.26	18.5	-0.22	20.0	-0.41
<b>19.0</b>	<b>0.05</b>	<b>18.0</b>	<b>0.10</b>	<b>19.5</b>	<b>-0.09</b>
18.5	0.36	17.5	0.43	19.0	0.22
18.0	0.67	17.0	0.75	18.5	0.53
17.5	0.97	16.5	1.06	18.0	0.84
IOL emmé. : 19.08		IOL emmé. : 18.16		IOL emmé. : 19.35	
				IOL emmé. : 18.42	

(\* = modification manuelle, ! = Valeur incertaine !)