

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0057320

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2374 Société : 14/1186
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SARDY Mohammed
 Date de naissance : 13.12.1948
 Adresse : lot SINDIALS II - IHA - Ap 9 Sindial
 Casablanca
 Tél. : 0661214006 Total des frais engagés : 1353,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Othmane ECHMAN Ophthalmologiste
 29, Rue Ibn Khouloun - CASABLANCA
 Tél. : 0522 22 31 13 - Fax : 0522 22 31 14
 Date de consultation : 06 / 12 / 2022
 Nom et prénom du malade : SARDY AICHA Age : 73 ans
 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 : Casablanca Le : 17 / 12 / 2022

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
06/10/2022	G		200 dh	Dr. Othmane SOURMANI Ophthalmologiste 20, Rue Ibn Khaldoun - CASABLANCA Tél : 0522 22 81 13 - Fax : 0522 22 81 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDELKADIR S. KURDJ Rotkha 19-46 Rue Kergomar Résidence Ambar - Casablanca Tél. 022 79 79 01	14/12/22	153,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/12/22	lames 4 AC frais clinique 500.0H frais Mes 500.0H	

AUXILIAIRES MEDICAUX

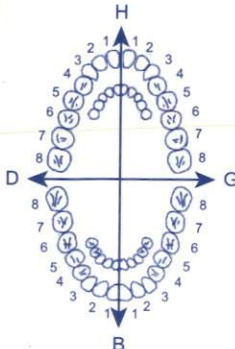
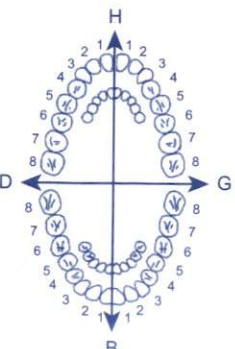
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 35533411 11433553 B G (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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



ORDONNANCE

14/12/2022

Mme SARDY Aïcha

INDOCOLLYRE 0,1% Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088

LOT/قبار: H8256
FAB/تاريخ الإنتاج: 02-2022
EXPI/تاريخ الانتهاء: 07-2023

PPV: 58,00 DHS

58,00

1)

INDOCOLLYRE (S.V)

1 gte x 3/j x 15 j (OD)

95,20

2)

XOLA Collyre (S.V)

1 gte x 2/j x 15 j (OD)

Lot: Y K 0 3 1 2
Fab: 09 21
Exp: 09 23
PPV: 95 DH 20

153,20

PHARMACIE SIDI ABDELLAH
SKIREDJ Roukha
15, 16 Rue Kergomar
Residence Ambar - Casablanca
Tél: 022 79 79 01

الدكتور عثمان بورماني
Dr. Othmane BOURMANI
Ophtalmologiste



COMPTE RENDU LASER

Patient : Mr. Mme Mlle :

SARDY AÏCHA

A bénéficié : Séance (s)

1 séance

Nature du laser :

• Argon

• Yag

• Pascal

Capsulotomie postérieure.
(OD)

Nature de la maladie :

Opacification capsulaire postérieure
secondaire (OD)

الدكتور عثمان بوريماضي
Dr. Othmane BOURMANI
Ophtalmologiste

Casablanca, le 14/12/2022

Docteur Othmane BOURMANI

OPHTALMOLOGISTE

**LASER ET ANGIOGRAPHIE
LENTILLES DE CONTACT
CHIRURGIE DES YEUX**

20, rue Ibn Khalouya, angle rue de Madrid
Mers Sultan – Casablanca

☎ 0522 22 81 13 - ☎ 0522 22 81 14

INPE : 091166520 ICE : 001700106000060

الدكتور عثمان بورماني

اختصاصي في امراض و جراحة العيون

**الليزر وتصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة
جراحة العيون**

20, زقة ابن خلوية - زاوية زقة مدريد
مرس السلطان - الدار البيضاء

☎ 0522 22 81 13 • ☎ 0522 22 81 14

Casablanca, le
jeudi 06 octobre 2022

Madame SARDY Aicha :

Renseignements cliniques :

Patiente de 71 ans

Pseudophake OD

Opacification capsulaire postérieure secondaire (œil droit)

Geste à prévoir :

Capsulotomie postérieure au laser YAG œil droit

الدكتور عثمان بورماني
Dr. Othmane BOURMANI
Ophtalmologiste
20, rue Ibn Khalouya - CASABLANCA
Tel : 0522 22 81 13 - Fax : 0522 22 81 14

CLINIQUE AL MADINA
FACILITATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel : 0522 77 75 00 01 (L.G.)
Fax : 0522 25 00 01 (L.G.)

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 24468 / 2022 du 14/12/2022

Nom patient **RABAI EP SARDY AICHA**
PAYANT

Entrée 14/12/2022

Sortie 14/12/2022

LASER YAG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
Total Clinique				500,00

DR. BOURMANI CABINET (ophtalmologue)	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
Total Autres prestations				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 000,00
MILLE DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Facturation
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01