

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.

Éducation :

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.

Orthopédie :

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

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- 0021305

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6054** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ELYASSINI AHMED** Date de naissance : **30-06-1941**

Adresse : **Hay Souk Ben Ali KHATTAB Rue 25 N° 67**

Tél. : **06.61.51.22.51** Total des frais engagés : **1350** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. MORAIS

OPHTALMOLOGISTE
Agrement obtenu : Droit de Conduire
Bd. Mohamed VI, Res. Majid 1
Casablanca - Tel.: 05 22 81 23 33

Date de consultation : **21/01/2019**

Nom et prénom du malade : **ELYASSINI AHMED**

Age :

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12 JUN 2003 | | | 150 DH | Dr. A. MORA OPHTHALMOLOGISTE Agreement pour la Clinique de Casablanca - Tel.: 05 22 81 23 3 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|-----------------------------|------------------------|
| CLINIQUE AL MANSOUR Caisse Angle Rue Mohamed Bahiet et de Mansard Quartier Palmeraie Casablanca 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01 | 26/06/03 | 0.5 | 1500 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| 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 | | | Coefficient des Travaux |
| | H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

Docteur A. MORAIFIQ

Ophtalmologiste

Chirurgie de Cataracte - Glaucome

Strabisme - Voies lacrymales

Paupières - Lentilles de Contact

Angiographie - Laser



Casablanca, le 21 Juin 2019

الدكتور ع. مرافق

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة العجلة - الزرق (ضغط العين)

الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون

العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين

العلاج بأشعة الليزر

الدار البيضاء، في

M. ELYASSINI Ahmed

maculopathie

⇒ OCT maculaire

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahl et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casaiblanca
tel: 05 22 77 77 49 - fax: 05 22 25 00 01

Dr. A. MORAIFIQ
OPHTALMOLOGISTE
Agreement pour Permis de Conduire
Bd. Mohamed VI, Res. Majid 1
Casablanca - Tel.: 05 22 81 23 33

شارع محمد السادس - إقامة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 81 23 33

Bd. Mohamed VI - Résidence Majid 1 - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 81 23 33

CLINIQUE AL MADINA

FACTURE

Date : 26/06/2019

090006784

Nom patient : EL YASSINI AHMED

Médecin : DR. MOURAFIQ
OPHTALMOLOGUE

AT990000040867-001

PAYANT

| | Montant |
|------------------------------|---------|
| FRAIS CLINIQUE | 500,00 |
| DR. MOURAFIQ (ophtalmologue) | 700,00 |

Dr. A. MOURAFIQ
OPHTALMOLOGISTE
Agrement pour Permis de Conduire
Bd. Mohamed VI, Res. Majid 1
Casablanca - Tél.: 05 22 81 23 33

Total 1 200,00

Arrêtée la présente à la somme de :
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Docteur A. MORAIFIQ

Ophtalmologiste

Chirurgie de Cataracte - Glaucome

Strabisme - Voies lacrymales

Paupières - Lentilles de Contact

Angiographie - Laser

Casablanca, le

26/06/2019

الدكتور ع. مرافق
الخبير في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (ضغط العين)

الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون

العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين

العلاج بأشعة الليزر

الدار البيضاء، في

Compte-rendu

OCT maculaire (équivalent angiographie)

- M. EL YASSINI Ahmed
- maculopathie de l'œil gauche
- OCT maculaire :
 - ⊕ macula d'aspect normal
- DG Néovaisseau choroïdien
- GAT = injections intravitréennes d'anti VEGF + surveillance

شارع محمد السادس - قاعة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 81 23 33

Bd. Mohamed VI - Résidence Majid 1 - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél : 05 22 81 23 33

~~Dr. A. MORAIFIQ
OPHTHALMOLOGISTE
Résidence Majid 1 - Bd. Mohamed VI - Casablanca - Tél : 05 22 81 23 33~~