

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

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

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 354

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAZZAZ LAHCEN

Date de naissance :

14/02/1943

Adresse :

Residence ANDALOUSIA... Sml 8 n°4
CASA Blanca

Tél. : 0669806124

Total des frais engagés : 10.050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/05/2020

Nom et prénom du malade :

HAZZAZ LAHCEN

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Chauve



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 : 18/05/2020

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
06/05/2012	visite	facturé	0,00	PAIEMENT DES HONORAIRES des Papillons OASIS échéance 15 Jours Gratuités

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>Montant de la Facture</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

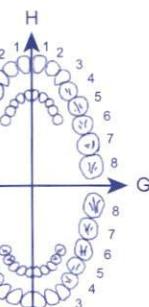
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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



Casablanca le :

06/09/2022

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme, Mr, Melle

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire

Soit la somme de 132

3900 DHS

Urgence 24/24



Casablanca le :

06/09/2010

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur.....

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme, Mr, Melle..... HADJAR LATOUR

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire

Soit la somme de

1000

DHS

Dr. Med. Adil. EL KASRI
Anesthésiste Réanimateur
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél: 0522.25.71.71 (LG) Fax: 0522.25.11.15
Préférence 24/24



Casablanca le :

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et Prénom : HAZZAZ LAHCEN
Date d'intervention : 06/05/2020
Chirurgie : Dr R.LAMRANI
Anesthésiste : Dr A.EL KASRI
Intervention : CATARACTE L'ŒIL GAUCHE

- Incision cornéenne de 3,2 mm.
- Rhéxis sous visqueux
- Phaco émulsification.
- Aspiration des masses à l'IA.
- implantation d'un implant pliable de 22.0 dioptries sous visqueux.
- lavage du produit visqueux à l'IA.
- Injection de corticoïdes plus antibiotiques sous conjonctivale

Dr R. LAMRANI
Ophtalmologiste

Urgence 24/24

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux
Laser Angiographie Lentilles de contact
022.25.71.71 /022.25.11.15

F A C T U R E

N° 1 060 / 2020 du 06/05/2020

Nom patient	HAZZAZ LAHCEN	Entrée 06/05/2020	Sortie 06/05/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHAMBRE	1,00	CH	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K130	3 250,00	3 250,00
			Sous-Total	3 650,00
FORFAIT PHARMACIE	1,00	K 130	1 300,00	1 300,00
			Sous-Total	1 300,00
Total Frais Clinique				4 950,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. R. LAMRANI (ophtalmologiste)	1,00	K 130	3 900,00	3 900,00
DR. EL KASSRI MOHAMED ADIL (reanimateur)	1,00	K 40	1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	5 100,00
Total prestations externes				5 100,00

	Total général 10 050,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS	

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		10 050,00			10 050,00	0,00

Ref Chq : ATT/

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
 13, Rue des Papillons OASIS
 Tel: 022.25.71.71/022.25.11.15 Lines Groupes
 Patente n° 34788018 IF : 01051442 CNSS : 6448395 ICE : 001655616000042

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

Reçu de caisse

N° : 2005061037350210 / 1 / 0

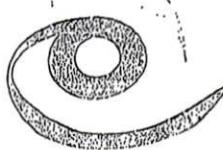
Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1585/20	HAZZAZ LAHCEN	06/05/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	ATT Lui-même	10 050,00
PAYANT	Total payé	10 050,00
DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : OCC

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des palmillons OASIS
Casablanca
Tél: 022.25.71.11/25.11.15 Lignes Grouées

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



العيون
البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 01/05 heure 20 h 15

Nom et prénom du patient HASSAN LAHLOU Age _____

N° CIN du patient ou du tuteur BE 520380

Adresse CAS

Téléphone 02.69.30.51.24

Personne à contacter en cas d'urgence Téléphone _____

Médecin traitant D LAMPANI Durée prévue d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation CAT (OG)

Affiliation à une couverture maladie

Oui

Non

ATTENTION :
En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration maladie à l'attention d'un organisme d'assurance maladie.

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

Nom et prénom de l'assuré _____ lien de parenté
(Si différent) _____

Organisme assureur _____

Mode de paiement

Payant

Prise en charge

Nom et Prénom (*)

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date de sortie _____ Heure _____
Durée d'hospitalisation _____

Nom Et prénom

Signature

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél: 022.23.11.11/21.11.15 Linhas Grises