

# 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 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

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.

Matricule : 4301 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : T.MART Ahmed

Date de naissance : 25/08/1980

Adresse : 63 Bd d'Asyle Rue Washington

Tél. : 0663446961 Total des frais engagés :

Dhs

Cachet du médecin :

DR. SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abdes Abdellah Nafir  
Maârif - CASABLANCA  
TEL 23 13 23 8 99.44.33

Date de consultation : 27/09/2022

Nom et prénom du malade : BENBRAKHA Tarek CPT TMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Ca farack oe l' gancie

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 :

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
23 09 2002	CS 30x	1	gratuit	DR. SERRHINI A. OPHTHALMOLOGISTE 10, RUE CABABLANCA Paris 75013 Tél. 33 73 23 19 14

**ES**  
Sachet et signature du M.  
ttestant le Paiement des  
**U. SERRHINI A. Opticienne**  
**10, Rue OPHITAMOLOGIQUE**  
**Madrid** 22/13/23 \* 09-44  
**CABALLAN**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPE</i>	27/03/22	270,80

*INPE 002*

#### ANALYSES - RADIOPHARMACIES

#### 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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">21433552</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;"><b>D</b></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">11433553</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;"><b>B</b></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		B	25533412	21433552		00000000	00000000		<b>D</b>		<b>G</b>	00000000	00000000		35533411	11433553		<b>B</b>		
H		B																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<b>D</b>		<b>G</b>																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<b>B</b>																							
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																					
	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Casablanca, le

06/10/2008

Le Docteur

Prie M

Dr Abdelfettah FENNANE

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
Pour

G.C.A

S'élevant à la somme de ~~10000 F~~ Dhs

Dr. Abdelfettah FENNANE  
Anesthésie Réanimation  
Clinique N°1  
Tél: 0524 44 12 40

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

L 06/10/2006

Mr BEAUSSEJOUR  
Touhid

- Consent pour opér.

R.C. Ch

Dr. Abdelfettah FENNANE  
Anesthésie et Réanimation  
Clinique O.R.L. Beausejour  
198, Bd. Ghandi  
Tél: 0522 99 42 40 - Fax: 0522 99 42 40

ID: 221006002 10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz

aVR

V1

V4

Norr  
Nur  
N° si  
Sexe  
Âge

aVL

V2

V5

V3

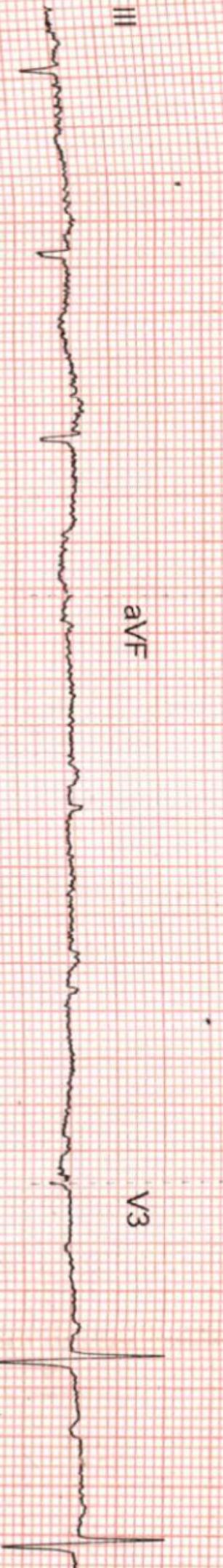
V6

aVF

III

DR. ABDERRAHMANE BEAUSOLEIL  
Anesthésie ORL Chardi 10  
Clinique Bd. Sidi M'hamed 1981  
Tunisie

C / 10 / 20



Imprimer l'heure: 2022/10/06, 07:51:31 Biocare IE3 V1.00.0052/CardiPro1.20

✓  
Led  
Vérif

Impr

# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

Dr. Azzeddiine SERRHINI

Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

Angiographie - Laser - Phacémulotomie

Chirurgie vitréo-rétinienne

PHARMACIE CAMILLE SARLAU  
29, Avenue Hassane Soukhan  
TP : 35553688 - RC : 5212  
ICE: 002831126000060  
Tél: 0522 27 17 17

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

ليزر - جراحة الشبكة

Casablanca, le:

27 SEPT 2022

نº BEN BRAHIM Tousay Ep TAAREK

35 X



1) TOBRADEX Collyre

1 goutte 3 fois/j

2) CILOXAN Collyre

1 goutte 4 fois/j

3) INDO Collyre

1 goutte 3 fois/j

4) MYDRIATICUM Collyre

1 goutte 4 fois/j

Pancement oculaire adhésif



5) Sepracol 8mg : 1 cp la veille

2cp le matin

6) Ciprofloxacin : 1 cp la veille

2cp le matin

DR. SERRHINI AV  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maarif - Casablanca  
Tél: 0522.27.17.17

110 زنقة ابو عبدالله نافع - المغاريف - الدار البيضاء

GSM : ..... - 110, Rue abou Abdellah Nafii - Maarif - Casablanca

