

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 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 une fois par an.

### 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1582 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Houria Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 68, Résidence Nour Amira

M. Abdallah / El Jadiha

Tél. : 06 72 83 51 37 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

### CLINIQUE DE L'Oeil CALIFORNIE

544, bd. panoramique, californie  
Casablanca maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21

BT Mutualized  
Générale  
Casablanca  
Tél : 05 22 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21

Date de consultation : 07/03/2024

Nom et prénom du malade : Houria Abderrahmane Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Altachim oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

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 : EL Jadida Le : 07/03/2024

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
07/03/2024	5		200,-	Dr. CHAIBI Mohamed Dentiste

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie OULAD BOUZZIZ BENSLIMANE HOUAD Dentist en Pharmacy Avenue Mouhamed V BP 100 20000 Casablanca Télé : 05 22 50 15 15 Fax : 05 22 50 15 15	07/03/24	163,50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate the direction				

# فراکیدكس FRAKIDEX®

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine  
فسفات ديكساميتازون صودي / سولفات فرامسيتين

Pommade ophtalmique / مرهم للعين

BAUSCH + LOMB

06-2023  
05-2025  
Date de fab  
Date Exp  
Lot

PPV: 19.10 DH

1x 10 ml

Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0,18%

Sterile, sans agent conservateur

Compatible avec des lentilles de contact rigides ou souples

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10



56

1x 10 ml

Lubricant eye drops

Sodium hyaluronate 0.18%

Sterile, free from preservatives

Compatible with rigid or soft contact lenses

VISMED® MULTI

06-72-83-5

ORDONNANCE

Casablanca le 07/03/2024.

M Houri Abderrahmane



~~Bain moult~~

~~19,6° K 65 RH~~

~~Frotteuse~~

~~1,21 RH 15 J~~

~~Ahh, 10~~

~~0,8 ml eau (Collyre)~~

~~163,5° 21 RH RH~~

DR CHAMBE  
021 05 22 07 22  
+212 522 50 15 15 +212 522 29 66 00 / 60  
+212 522 86 46 18 +212 522 86 46 21  
+212 522 86 46 19 +212 522 86 46 20 clinicoeil@gmail.com  
ICE N° : 002281194000046 - RC N° : 434621 - CNSS : 1563901 cliniqueoeilcalifornie.com