

## 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 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

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.

N° W19-409826

(32628)

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>535</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOUJLIL Jilali</b>			
Date de naissance : <b>1945</b>			
Adresse : <b>Lot 2 N° 208 Rue 8 N° 8 Hay Hassani</b>			
Tél. : <b>0667 641398</b> Total des frais engagés : <b>1000 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr R. HASSANI</b> <b>Hôpital Al Hassani</b>			
Date de consultation : ..... Nom et prénom du malade : <b>Allal Ben Abdellah</b> <b>Benjat Ben Ali</b> Age : ..... Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Diabète</b> 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) : 

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
26/6/12		C	60,00	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<i>Hôpital Arnaud de Villeneuve</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.10.6.12020	600,-.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>														
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>														
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>														
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>														
<p><b>H</b></p> <p><b>G</b></p> <p><b>D</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>H</b></p> <p><b>G</b></p> <p><b>D</b></p> <p><b>B</b></p>				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>														
<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><b>D</b></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><b>G</b></td></tr> <tr><td colspan="2"><b>B</b></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>		<b>B</b>		DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<b>D</b>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>G</b>																		
<b>B</b>																		
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px;"></span>														



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

## Ordonnance

Casablanca, ..... 26/06/2002

Bonjhin T.M.

18,70 x 3

→ 1) S.V. Hôpital 6 = 91,00

18,70 fm

→ 2) S.V. Hôpital 2 = 91,00

18,70 fm

91,00 x 4

600,10

D.R. HASSANI  
Endocrinologue  
Hôpital Al Hassan

Ang. Bd.BOUCHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

Name  
Boujlil, Jillali

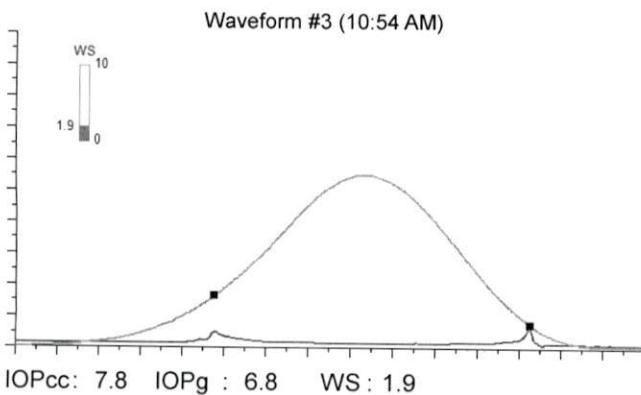
Number  
14493      Birth Date  
1/1/1945      Sex  
Male      Race  
ARAB

## Patient Data Field 1

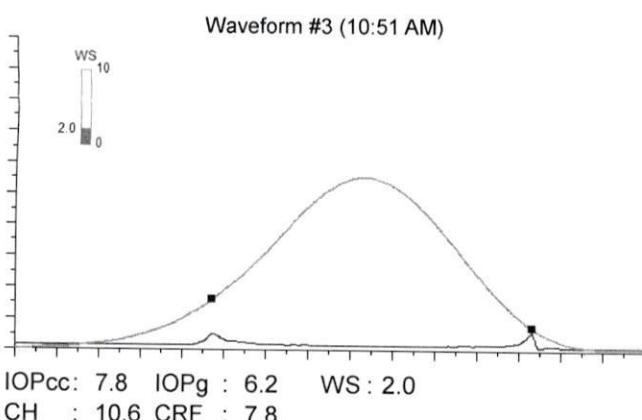
## Patient Data Field 2

Measurement Date: 6/24/20

## RIGHT EYE



## LEFT EYE



CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard 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

(Avec cibésine)

# R Ocular Response Analyzer - Measuring Boujlil, Jillali

Measure

Open

Print

Demo puff

Options

About

Chinrest

Chinrest

Shut Down

## Right Eye

#	IOPcc	IOPg	CRF	CH
9	34.7	31.7	11.5	6.0
11	35.6	35.5	14.6	8.2
22	35.7	36.9	15.8	9.2



## Left Eye

#	IOPcc	IOPg	CRF	CH
9	16.2	16.9	11.6	11.3
20	17.2	16.2	10.2	9.8



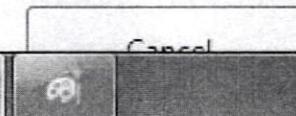
## Measurement Status

Right: 3 of 4

Left: 2 of 4

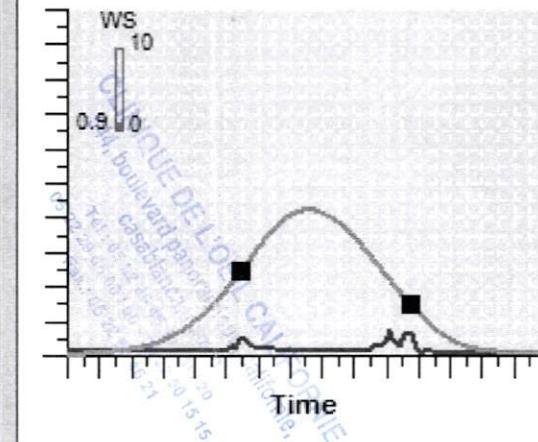
Measure Response

LEFT EYE



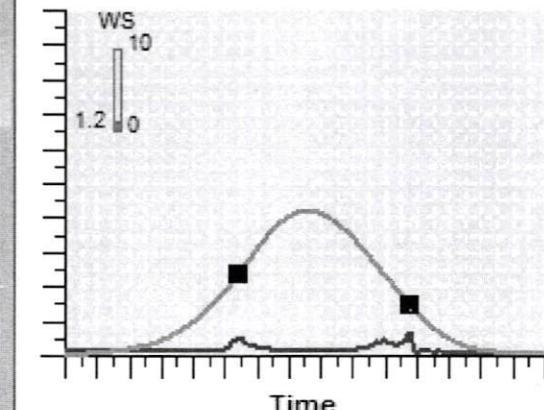
## Measure #9 - Eye: L

### Signal



## Measure #20 - Eye: L

### Signal



Address

Wednesday, June 17, 2020



10:47 AM

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M.

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
GP		60.10
		60.00
Total		

# Quittance

N° 451537

Cachet du  
Service

Le,

26/6/80

Signature du  
Régisseur