

# 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-619702

66604  
 Optique  
 Autres



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : 0708	Société : R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : SAD. ABDEL KADER	
Date de naissance : 03 - 10 - 1944	
Adresse : 152 Av HOUman EL Fettouaki RABAT 10190	
Tél. 0671400496 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR. M. KHALIL OPHTALMOLOGISTE 19 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - RABAT Tel: 05 37 77 32 32 / 05 37 77 17 18	
Date de consultation : 16 Mars, 2021	
Nom et prénom du malade : Lui-même	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Ballaine	
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 : 16 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16 / 03 / 2021

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
16/3/2024	Consultation	3000 dh	3000 dh	DR. M. KHALIL OPHTHALMOLOGISTE 13 Bis Avenue Ibn Sina Agdal - RABAT Tél : 05 31 77 32 32 / 05 31 77 17 18
16/3/2024	Retinographie	2000 dh	2000 dh	DR. M. KHALIL OPHTHALMOLOGISTE 13 Bis Avenue Ibn Sina Agdal - RABAT Tél : 05 31 77 32 32 / 05 31 77 17 18

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		13 Bis Avenue Ibn Sina Agdal - RABAT Tél : 05 31 77 32 32 / 05 31 77 17 18

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE VISION LASER 39 Avenue Ibn Sina - Rabat Tél : 0537 77 74 33	16/3/2024 OCT	1000 dh	CENTRE VISION LASER 39 Avenue Ibn Sina - Rabat Clinique Agdal Tél : 0537 77 66 23 Fax : 0537 77 74 33
		2000 dh	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

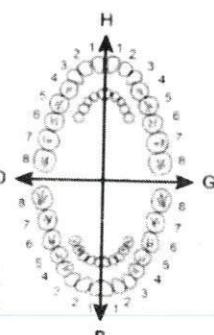
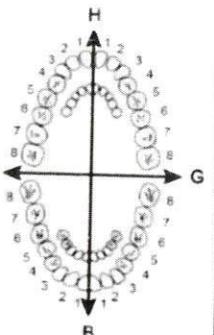
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	Coefficient des travaux
	G	00000000   00000000 35533411   11433553	B	Montants des soins
	B			Date du devis
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed KHALIL

Ophtalmologiste  
Diplômé des Universités  
de Rabat et de Toulouse  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie numérisée - Laser  
Chirurgie réfractive



الدكتور محمد خليل

اختصاصي في طب وجراحة العيون  
خريج جامعي الرياض وتولوز  
التصوير المركوم للأوعية - أشعة الليزر  
تصحيح البصر بالليزر

VP

Rabat, le

16 - 3 - 2021

N° - 843 Afdel kee Ier

O.C.T

(Reuvelo)

CENTRE VISION LASER  
39, Avenue Ibn Sina - Rabat  
Clinique Agdal - Tel : 0537 77 66 23  
Fax : 0537 77 74 33

Dr. M. KHALIL  
OPHTHALMOLOGISTE  
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - RABAT  
Tél : 05 37 77 32 32 / 05 37 77 17 18

**CENTRE VISION LASER**

CLINIQUE AGDAL

**F A C T U R E**N° **770** / 2021 du **16/03/2021**

Nom patient	<b>SAD ABDELKADER</b>	Entrée <b>16/03/2021</b>	Sortie <b>16/03/2021</b>
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT	1,00	0	1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>MILLE DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>1 000,00</b>
--	----------------------	-----------------

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							<b>1 000,00</b>

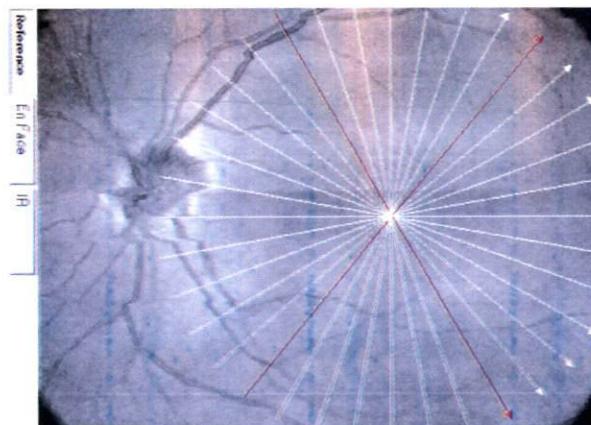
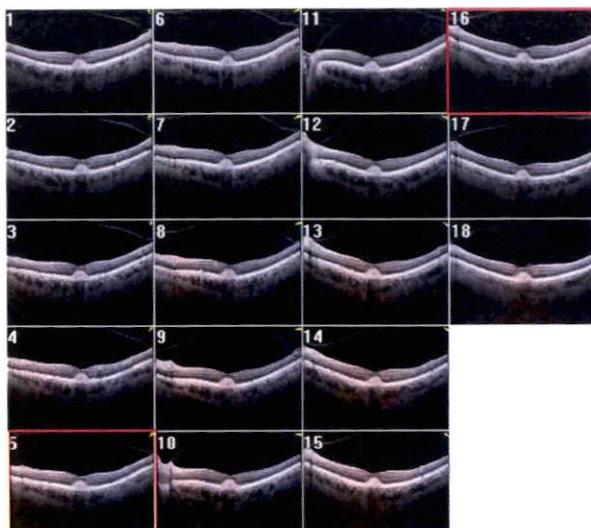
*CENTRE VISION LASER  
39, Avenue Ibn Sina - Rabat  
Clinique Agdal - Tel.: 0537 77 66 23  
Fax : 0537 77 74 33*

Patient: SAD, Abdelkader  
Physician: Dr.KHALIL, Mohamed  
Operator: N, N  
Disease:

C.V.L  
39 AVENUE Ibn Sina RABAT 0537-776-623/0537-777-433  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 16/03/2021  
DOB(age): 23/10/1944 (76)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,0,0,18

### Radial Lines



Report Date: mardi 16/03/2021 16:49:40

Software Version: 2018,0,0,18

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

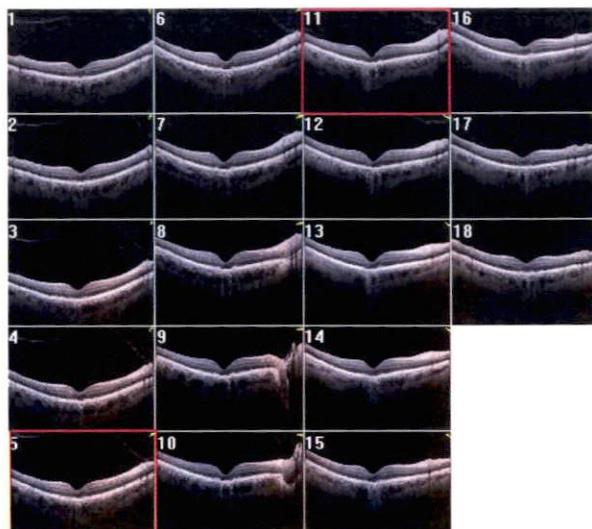


Patient: SAD, Abdelkader  
Physician: Dr.KHALIL, Mohamed  
Operator: N, N  
Disease:

C.V.E  
39 AVENUE Ibn Sina RABAT 0537-776-623/0537-777-433  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 16/03/2021  
DOB(age): 23/10/1944 (76)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,0,0,18

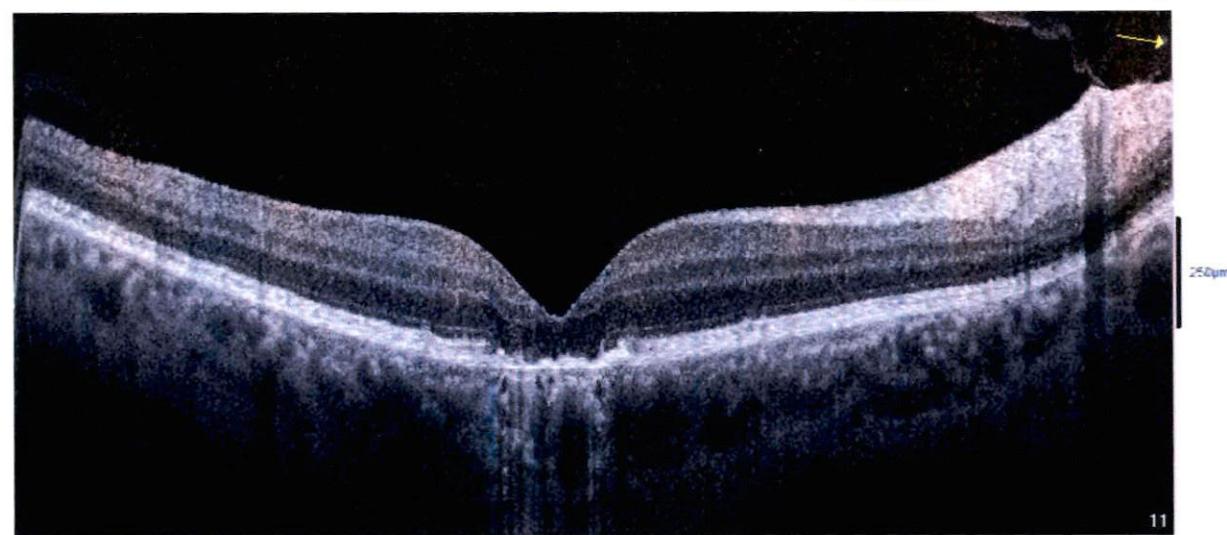
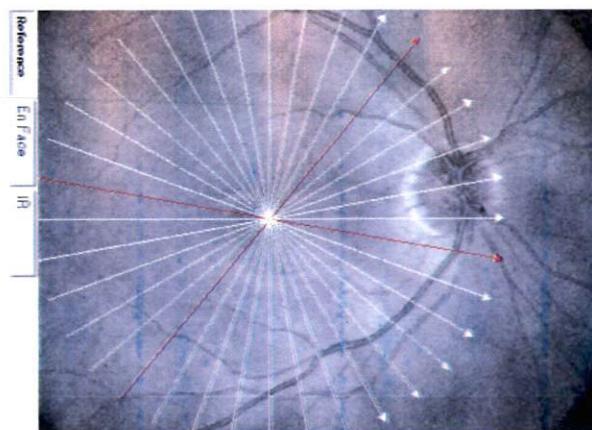
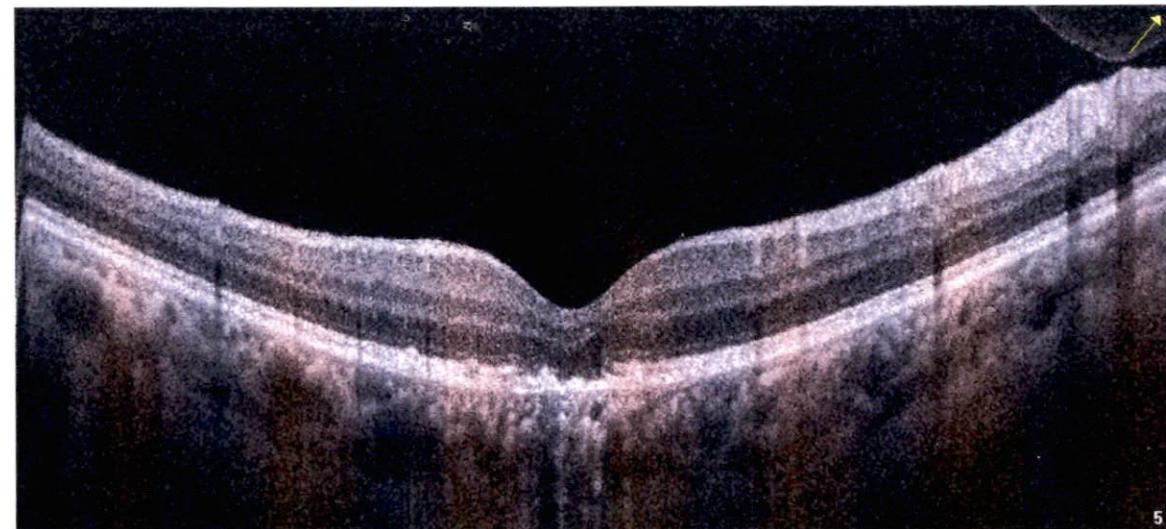
### Radial Lines



Signal Strength Index

61

Right / OD



Report Date: mardi 16/03/2021 16:49:28

Software Version: 2018,0,0,18

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

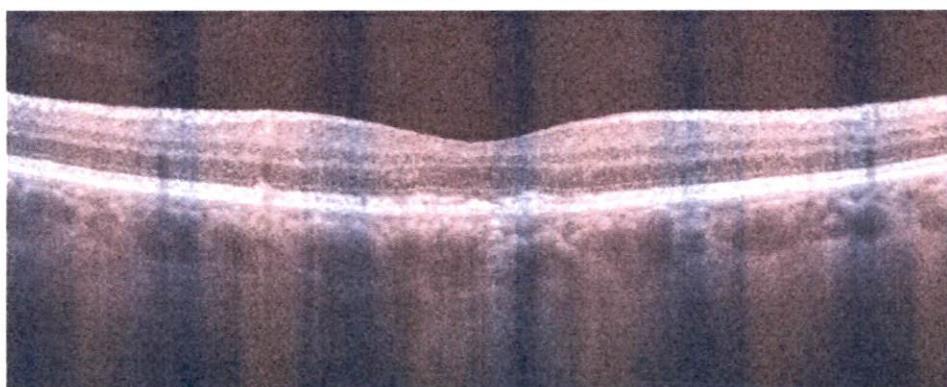
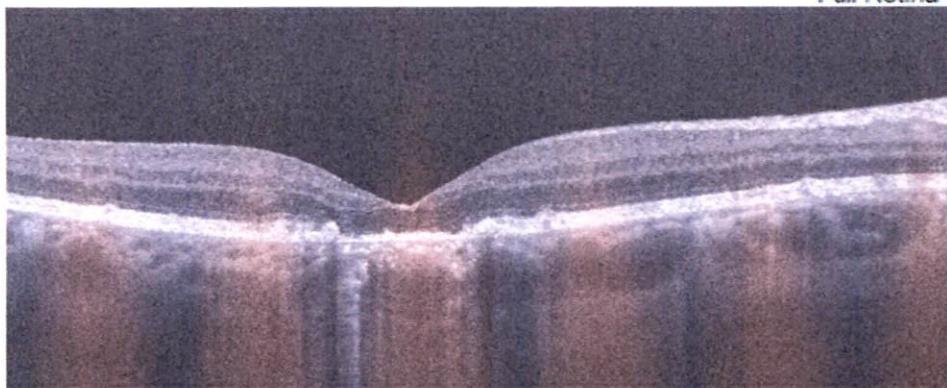


Patient: SAD, Abdelkader  
Physician: Dr.KHALIL, Mohamed  
Operator: N, N  
Disease:

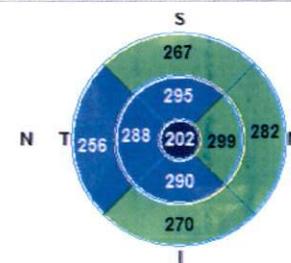
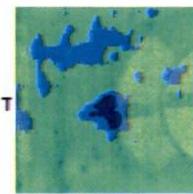
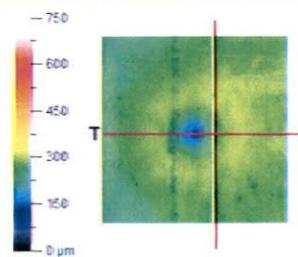
C.V.L  
39 AVENUE Ibn Sina RABAT 0537-776-623/0537-777-433  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 16/03/2021  
DOB(age): 23/10/1944 (76)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,0,0,18

Right / OD



Exam Date: 16/03/2021, SSI = 67.2



NDB Reference from Normal Map

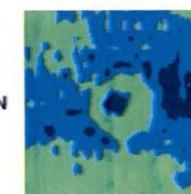
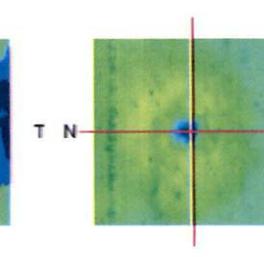
Retina Map OU Report  
Full Retina Thickness Map

Left / OS



Exam Date: 16/03/2021, SSI = 68.3

Auto Zoom



NDB Reference from Normal Map

Report Date: mardi 16/03/2021 16:49:09

Software Version: 2018,0,0,18

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



**CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT**

Patient ID:1761

Name:SAAD, ABDELKADER

Dr :M, KHALIL,

Diagnosis :

Date:16-03-2021



R

L