

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° W21-623373

69674  
 Optique

<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)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abdelkader
Nom & Prénom :		SAD	
Date de naissance :		03 - 10 - 1966	
Adresse :		152 AV Hassan II Fes Rabat	
Tél. :		0671400496	
		Total des frais engagés : 800 Dhs, 00	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. M. KHALIL OPHTALMOLOGISTE 13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - RABAT Tél : 05 31 77 32 32 / 05 37 77 17 18		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	3/4/12		
Nom et prénom du malade :	MC SAD Abdelkader		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie :	Affection oculaire		
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 au médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
Fait à : RBA le 3-4-2012

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
3/04/2022	Consultation Radiographie Téléphonique	1	800,00 Huit cent DH	INF 101084655 Dr. M. KHALIL PHYSIOTHERAPEUTE Agdal - Rabat

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### **AUXILIAIRES MEDICAUX**

#### **VIOLET ADHERENT**

#### **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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

M<sup>r</sup> SAD Abdekkader

## **NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT**

1). Date de la constatation l'état du malade :

31/12/2021

2). Renseignements clinique sommaires :

maculopathie

3). Traitement envisage

Correspondant a la

cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande  
d'entente préalable ( si possible, nombre des actes en série)

Angiographie  
rétinienne  
en fluorescence

4). Durée prévisible du traitement :

A..... RT, le ..... 31/12/2021

Signature

**Dr. M. KHALIL**

OHTALMOLOGISTE

13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - RABAT  
Tél : 05 37 77 32 32 / 05 37 77 17 18

INP 101084655

**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 جامعتي الرباط وتولوز

التصوير المركوم للأوعية - أشعة الليزر

تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le ..... 03 AVRIL ..... 2021

REÇU

MR SAD ABDELKADER

UNE ANGIOGRAPHIE RETINIENNE EN

FLUORESCENCE = 800,00DH

(HUIT CENTS DIRHAMS)

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

*CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT*

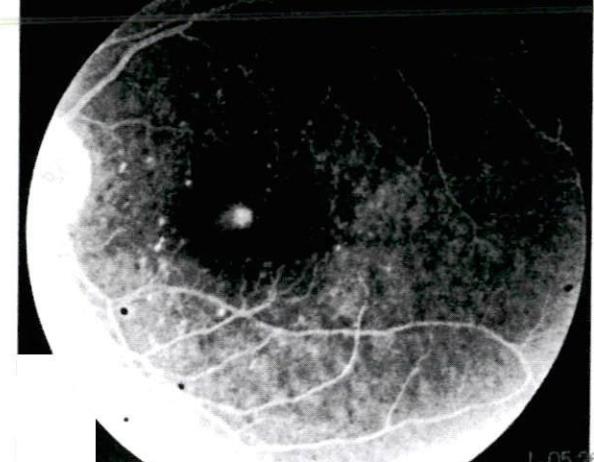
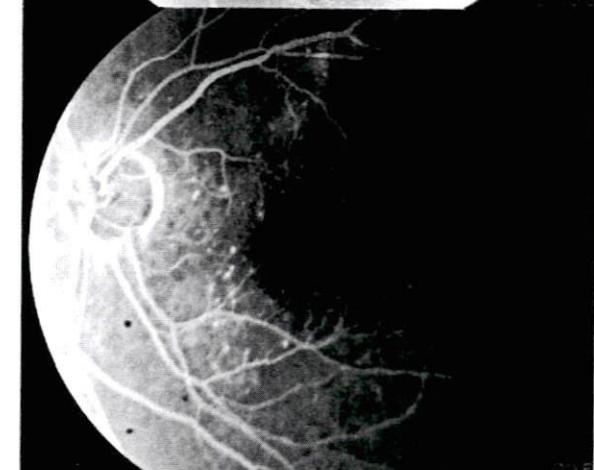
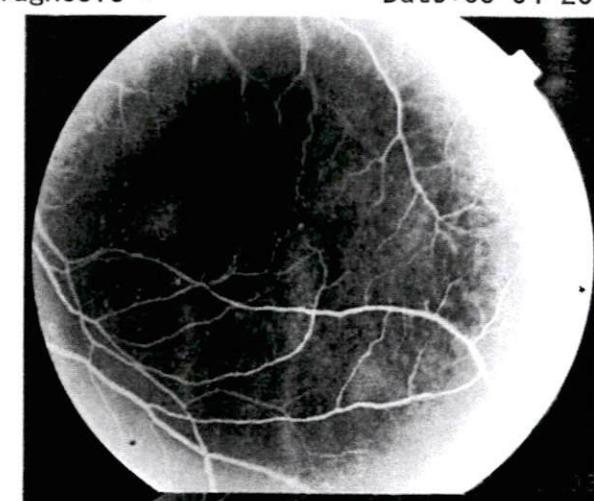
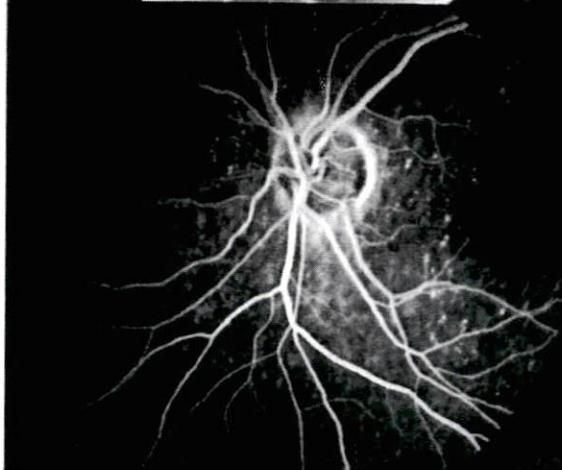
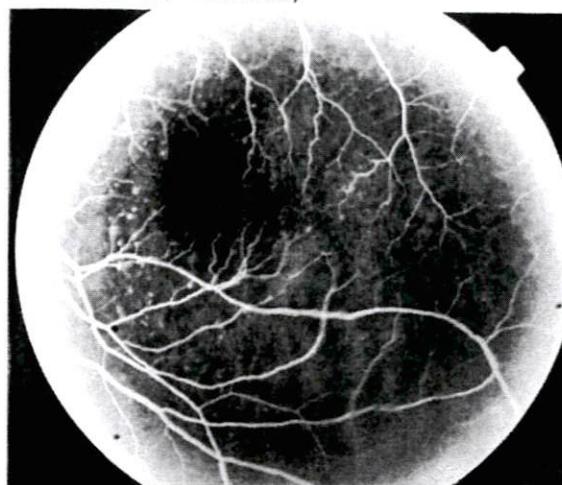
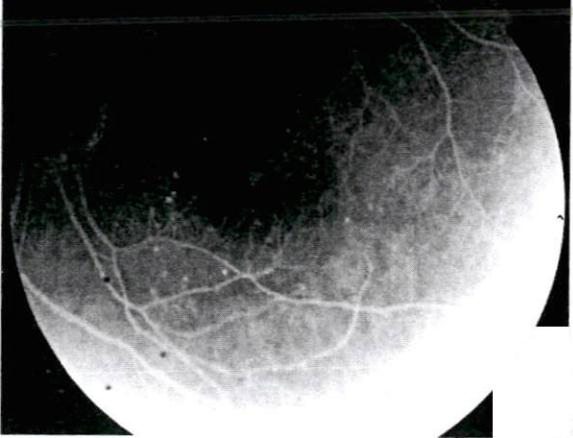
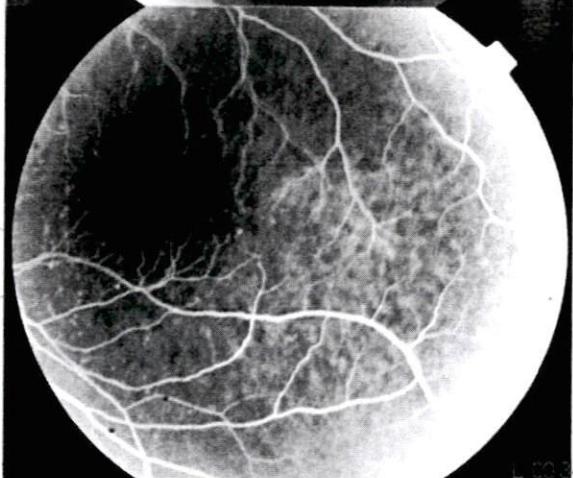
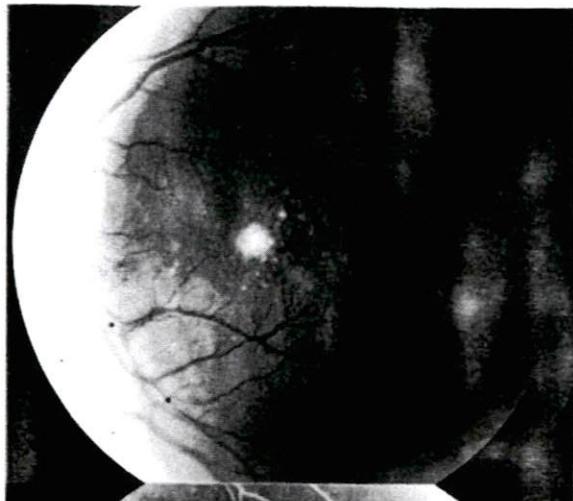
Patient ID: 1761

Name: SAAD, ABDELKADER

Dr : M. KHALIL,

Diagnosis :

Date: 03-04-2021



SAAD 703

OP Y

*CENTRE D'OPHTALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT*

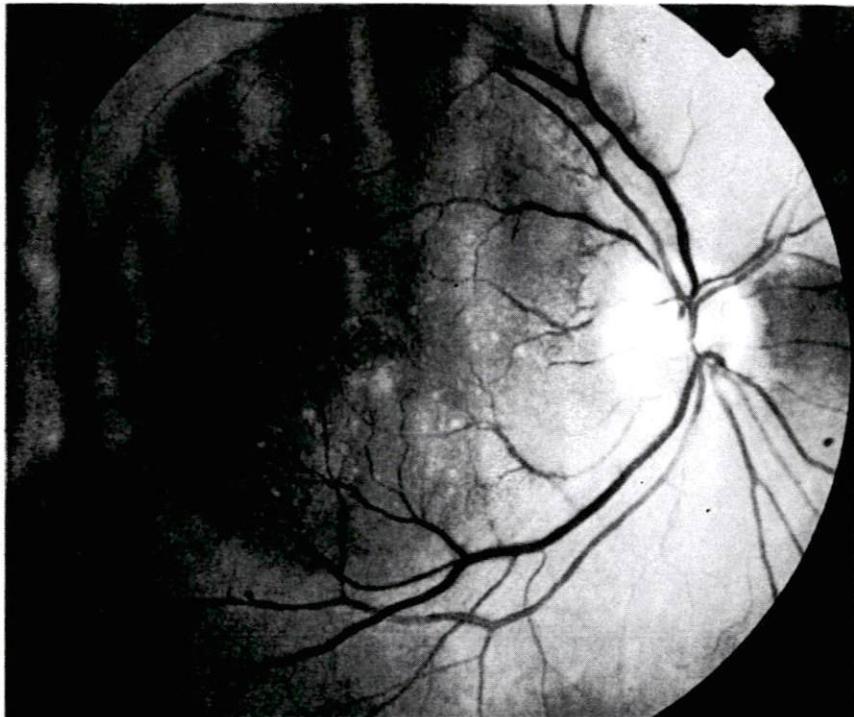
Patient ID:1761

Name:SAAD, ABDELKADER

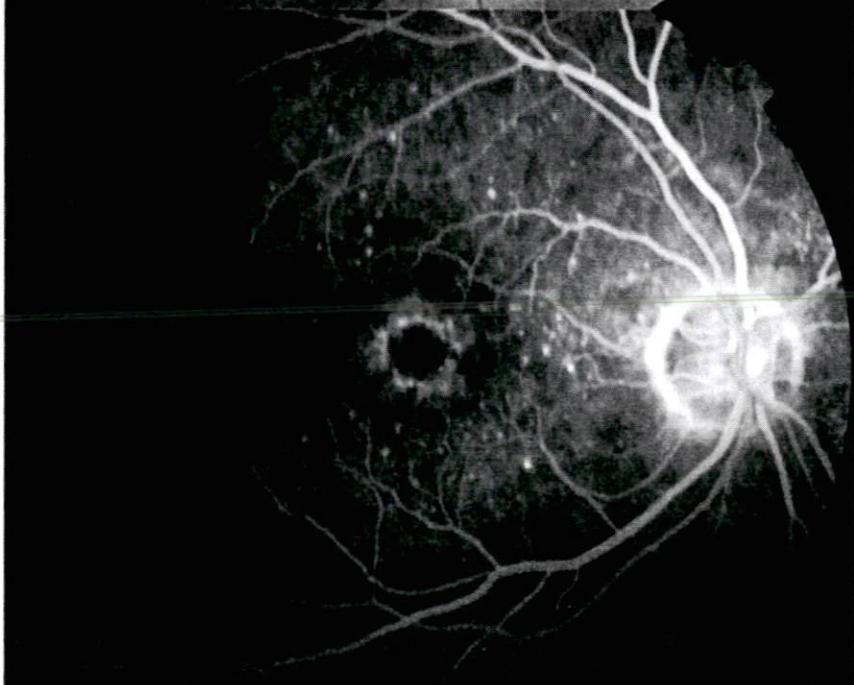
Dr:M, KHALIL,

Diagnosis :

Date:03-04-2021



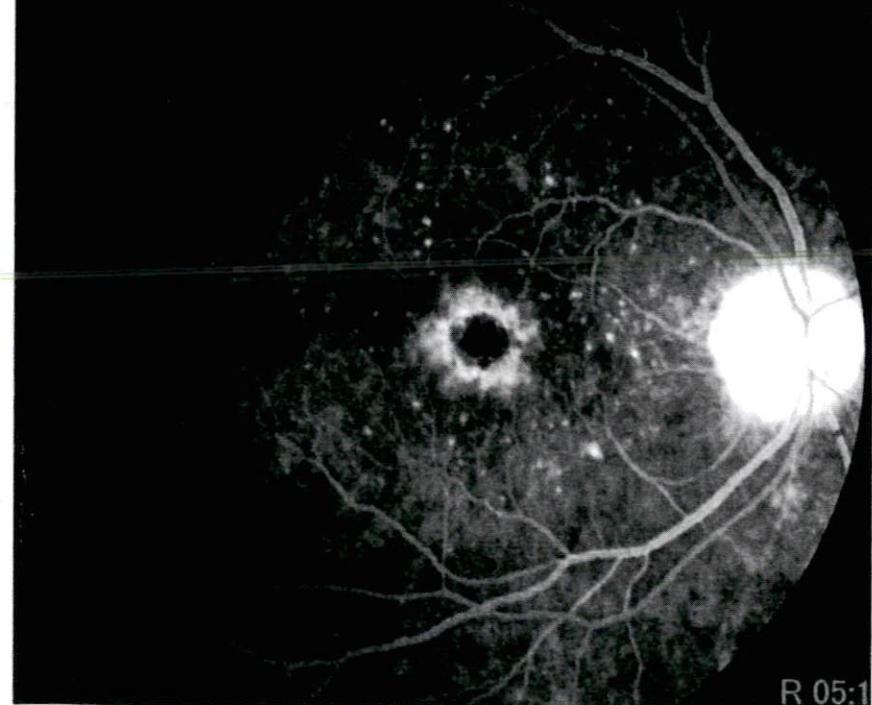
R



R 01:06.0



R



R 05:18.0

*CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT*

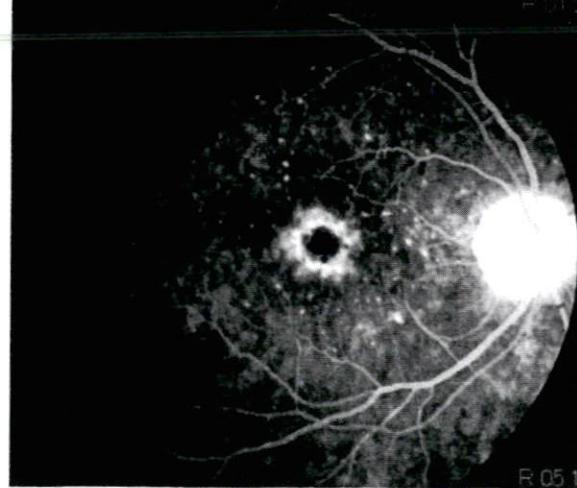
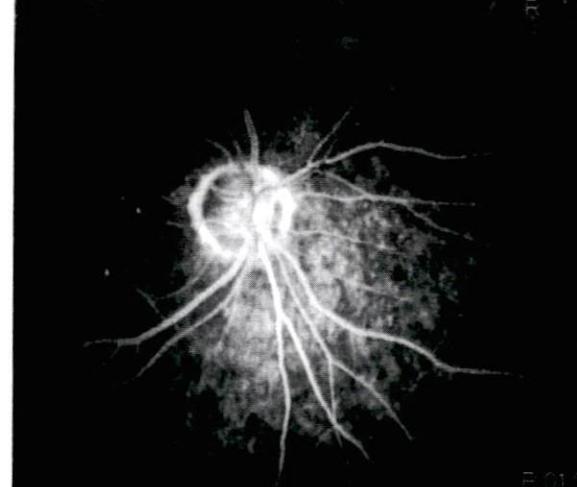
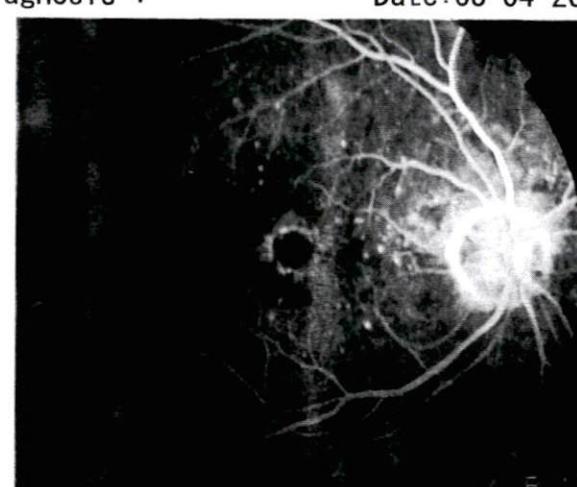
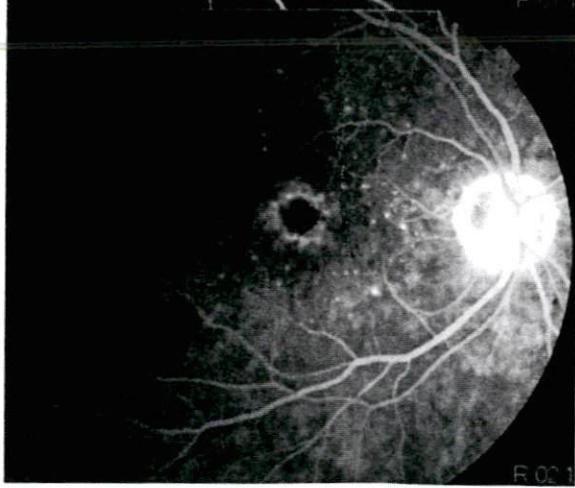
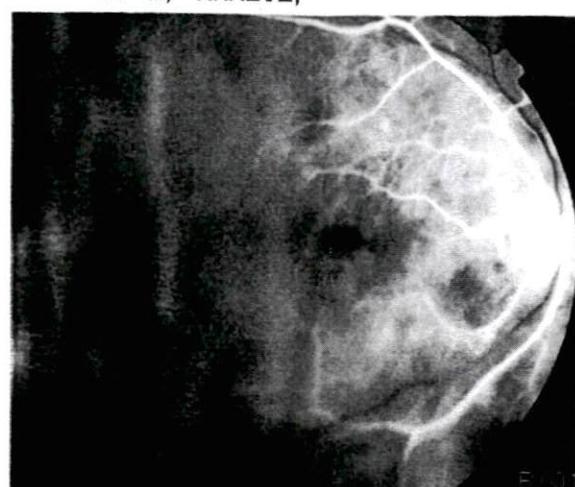
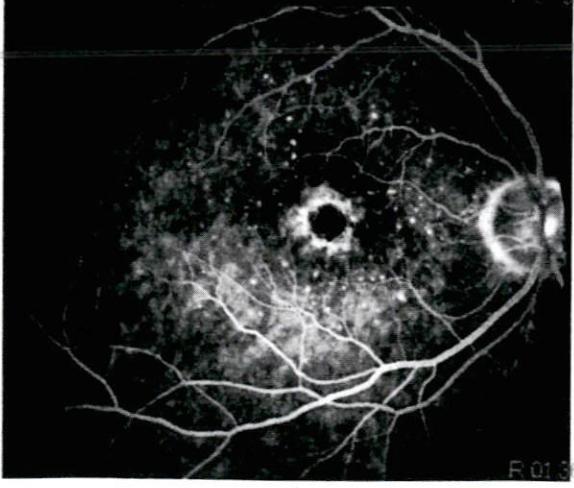
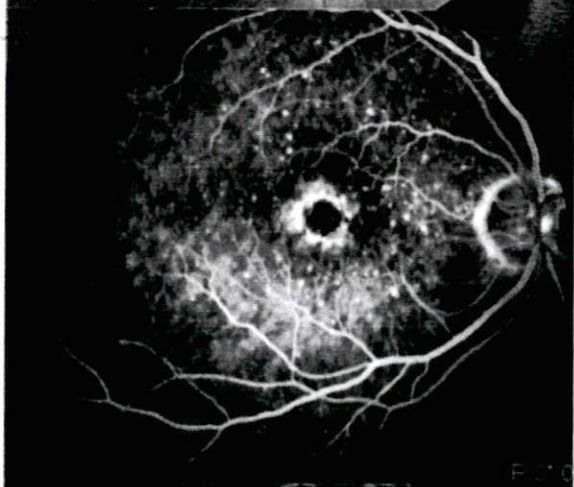
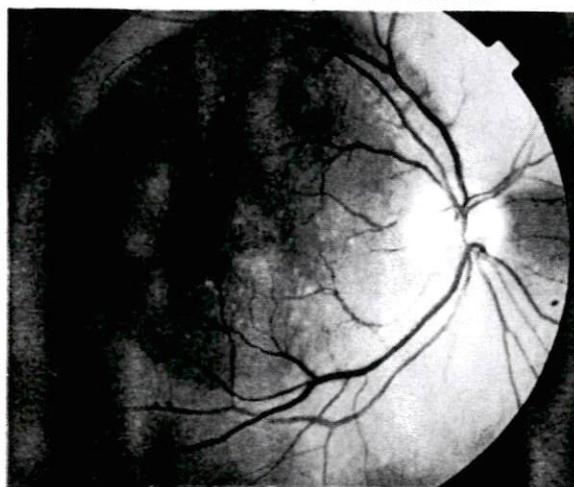
Patient ID:1761

Name:SAAD, ABDELKADER

Dr:M, KHALIL,

Diagnosis :

Date:03-04-2021



*CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT*

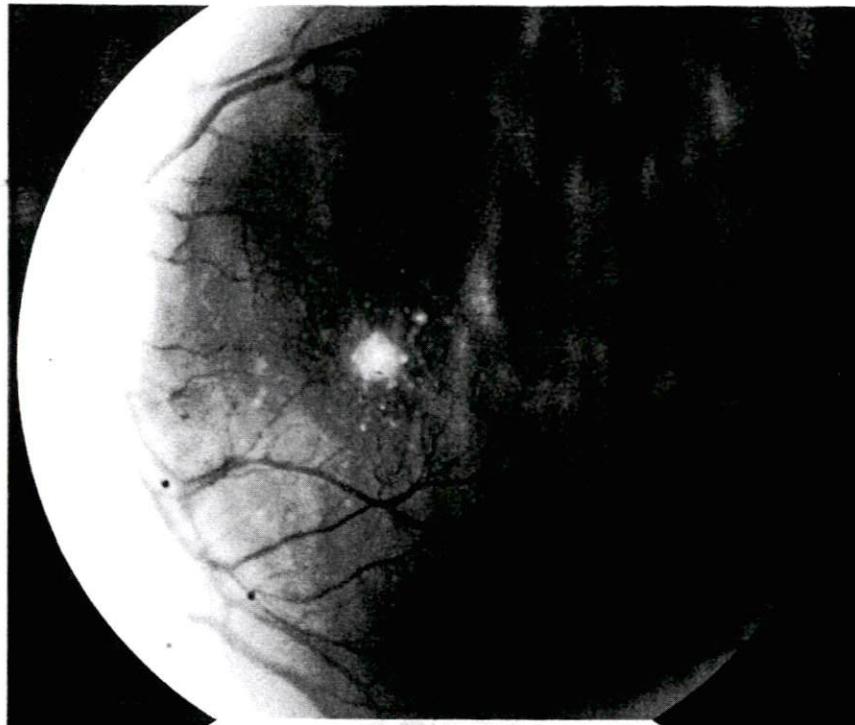
Patient ID:1761

Name:SAAD, ABDELKADER

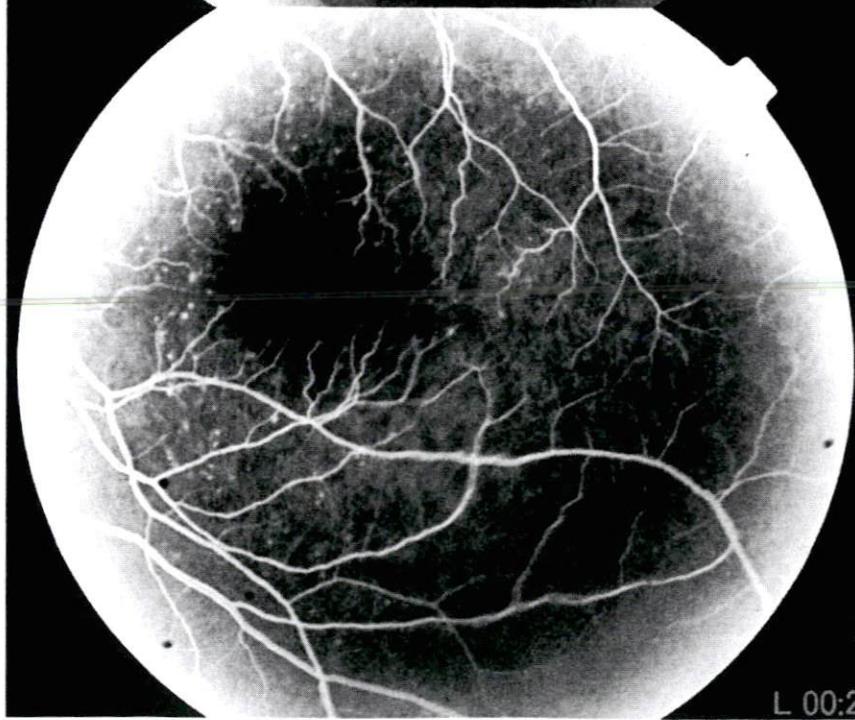
Dr:M. KHALIL,

Diagnosis :

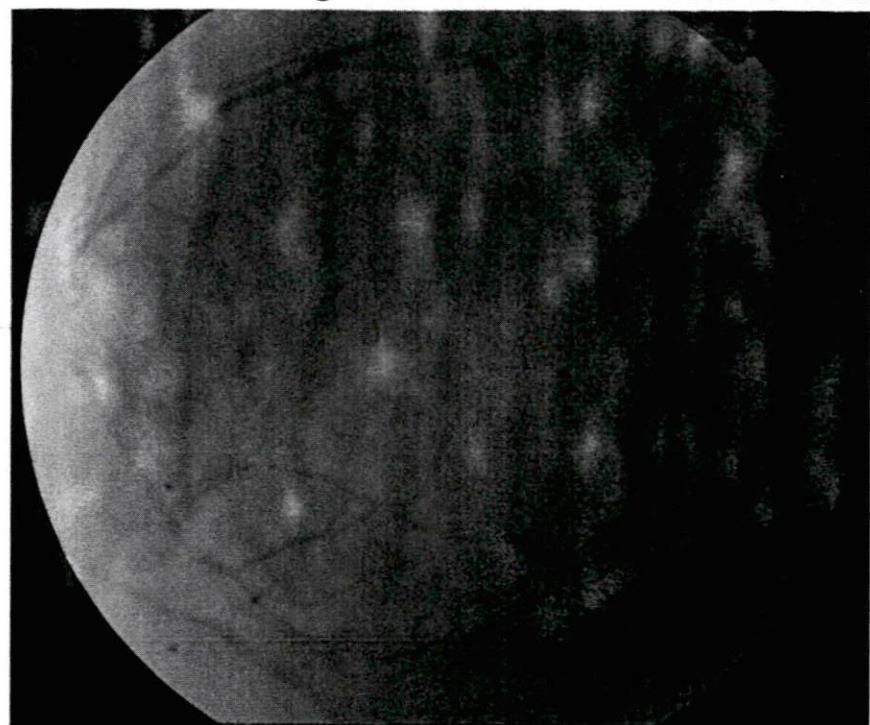
Date:03-04-2021



L



L 00:27.0



L



L 05:26.0