

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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.



## 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
10/11/2014	Ophtalmologie		350 DH	<p><b>Docteur Fouad BOUGHNAM</b>  <b>OPHTALMOLOGISTE</b>          Bd. Echil Bloc 29 N° 33          Sidi Othman - Casablanca          Tél : 05.22.57.11.17 / 05.22.56.17.17</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/07/2021	Jean-François	2000,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

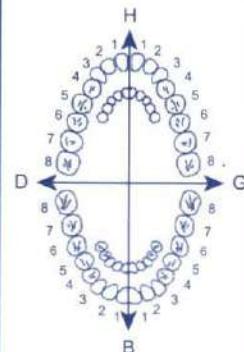
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

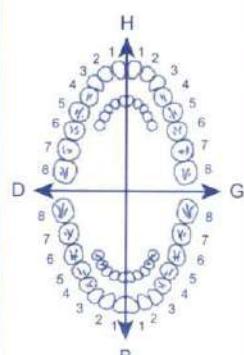
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad BOUGHNAMA

OPHTALMOLOGISTE

Maladies & Chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

الدكتور فؤاد بوغناما

إختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

خريج كلية الطب  
باريس



Casablanca, le 07 JUIN 2021

البيضاء في

Mr KHALIDI TOUNANE

- ANGIOGRAPHIE RETINIENNE

- O.C.T MACULAIRE

Docteur Fouad BOUGHNAMA

OPHTALMOLOGISTE

Bd. Ennii Bloc 29 N° 33

Sidi Othman - Casablanca

Tél : 05.22.57.17.17 / 05.22.56.17.17



Bd. Ennii, Bloc 29 N° 33 Sidi Othman - Casablanca - Tél. : 05 22 57 17 17 / 05 22 56 17 17



07/06/21 13:08:44  
9900882540  
98825401  
CLINIQUE FRANCE VILLE II  
Casablanca

A0000000041010  
APP : MASTERCARD  
KHALIDI MOHAMED  
xxxxxxxxxxxxx9017  
12/21 CARTE NATIONALE  
9C16AF6A211BCOFF  
220-0-9999-1-55

MONTANT : 2000,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 007  
NUM AUTORISATION: 0X1955  
STAN : 001616

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. KHALIDI MOHAMED  
Séjour : Du 07/06/2021 au 07/06/2021

**FACTURE**  
202104251  
Du : 07/06/2021

Etablie par : H. AMINA

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE	1	1 000,00	1 000,00
ANGIOPGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCEINIQUE	1	1 000,00	1 000,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>2 000,00</b>

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I.

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX MILLE DIRHAMS

	Patient
<b>Total TTC</b>	2 000,00



Docieur Fouad BOUGHNA  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Ennii Bloc 29 N° 33  
Sidi Othman - Casablanca  
Tél. 05.22.57.17.17 / 05.22.56.17.17

**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
Casablanca

NOM DU PATIENT : M. KHALIDI MOHAMED DATE DE NAISSANCE : 01/01/1936	Sejour : Du 07/06/2021 au 07/06/2021
	
Reçu N°: 154687	
Paiement du 07/06/2021 14h04	
Montant	2 000,00 Dh
Type de paiement	TPE

Imprimé par : HAMROUCH AMINA Le 07/06/2021 14h04



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

CLINIQUE FRANCEVILLE  
Ophtalmologie

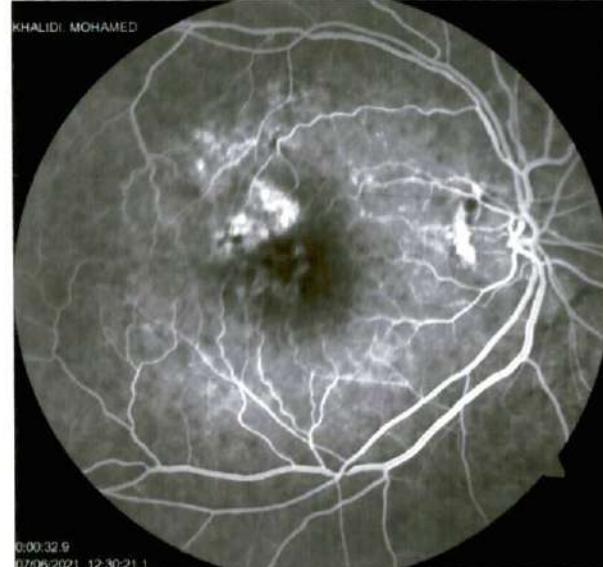
Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

KHALIDI, MOHAMED  
01/01/1936



FA 0.32.9 OD 45° 07/06/2021

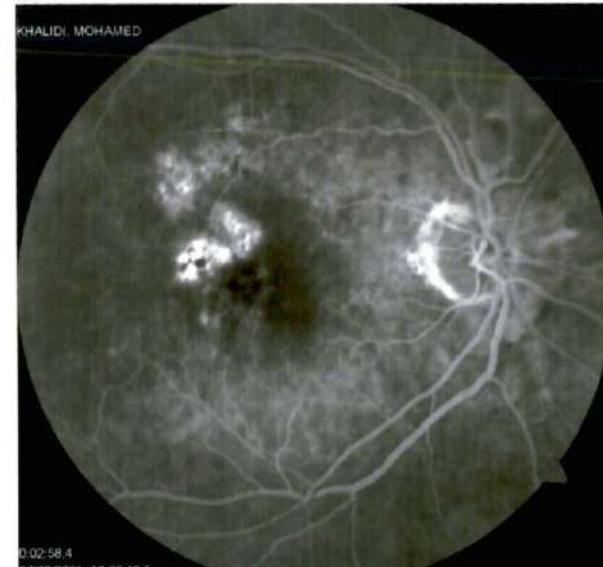
FA



0:00:32.9  
07/06/2021 12:30:21.1

FA 2.58.4 OD 45° 07/06/2021

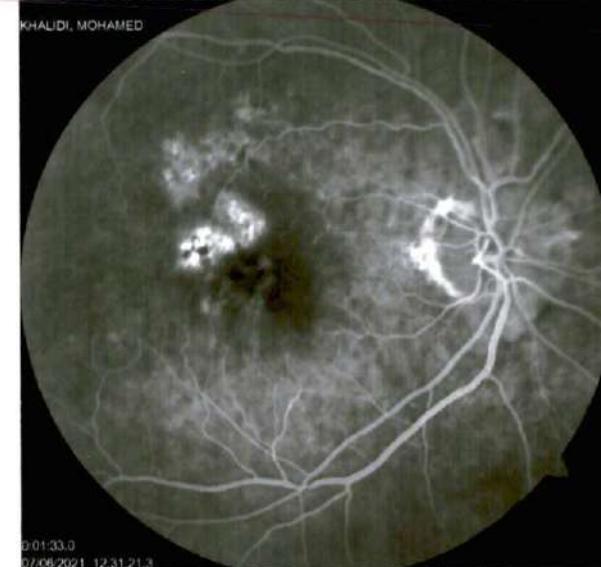
FA



0:02:58.4  
07/06/2021 12:32:46.6

FA 1:33.0 OD 45° 07/06/2021

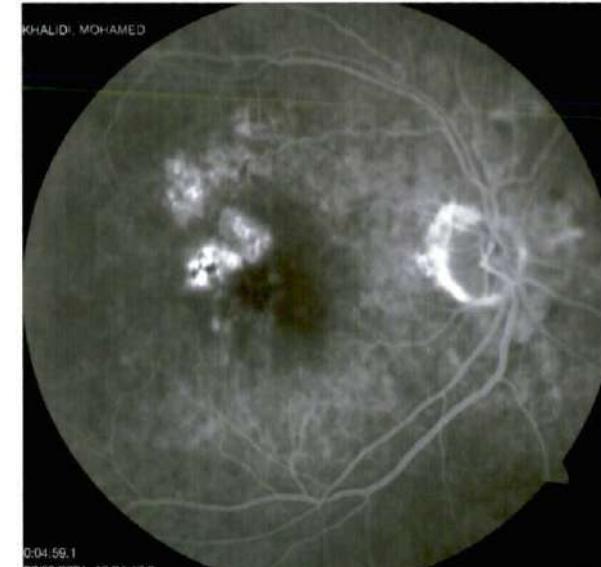
FA



0:01:33.0  
07/06/2021 12:31:21.3

FA 4.59.1 OD 45° 07/06/2021

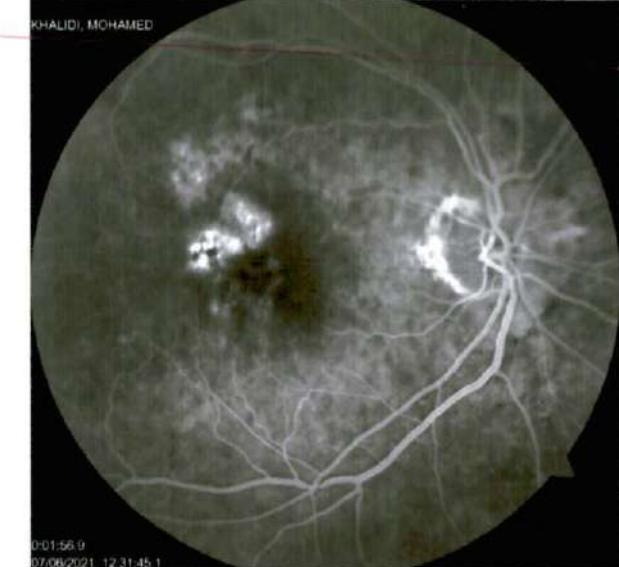
FA



0:04:59.1  
07/06/2021 12:34:47.3

FA 1.56.9 OD 45° 07/06/2021

FA



0:01:56.9  
07/06/2021 12:31:45.1

FA 7.47.8 OD 45° 07/06/2021

FA



0:07:47.8  
07/06/2021 12:37:36.0

Nom: KHALIDI, MOHAMED

ID: CZMI198875568 Date d'examen: 07/06/2021

Date de naissance: 01/01/1936 Heure de l'examen: 14:36

Sexe: Unknown Numéro de série: 5000-6852

Technicien : BOUGHNAMA, FOUAD Puissance du signal: 5/10

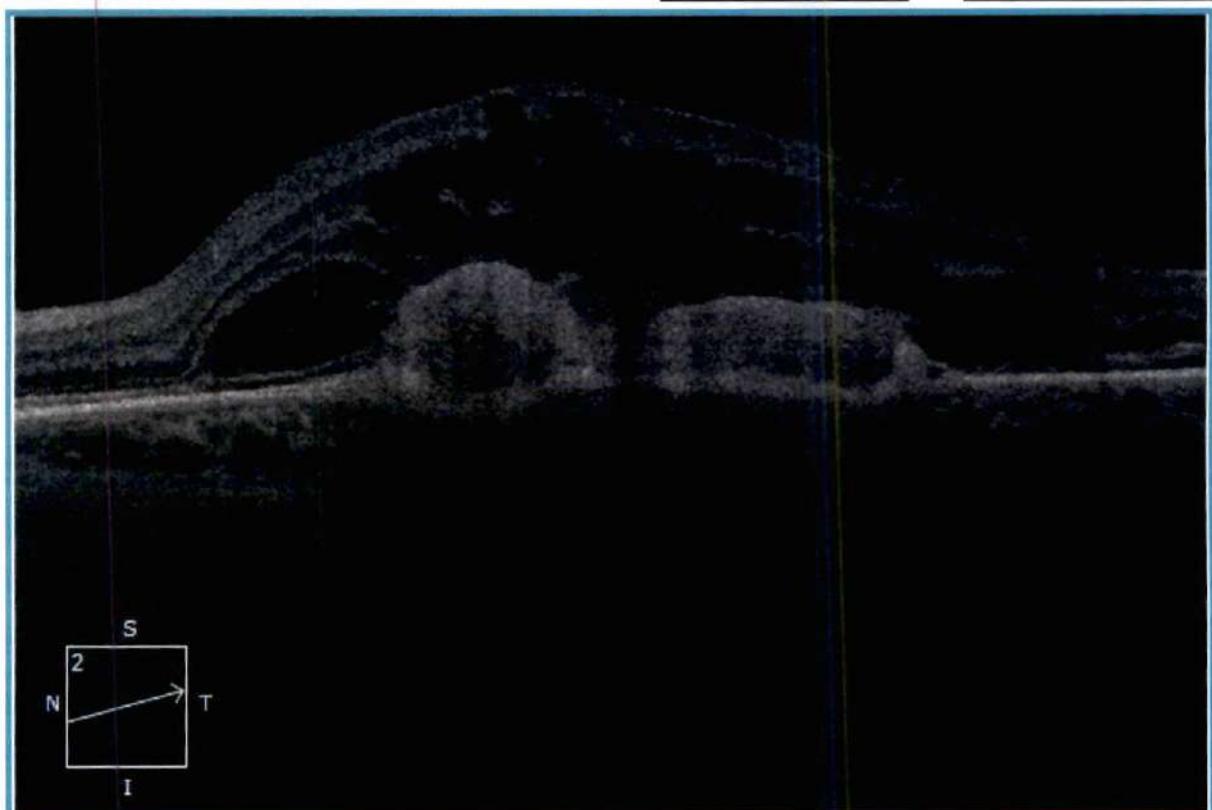
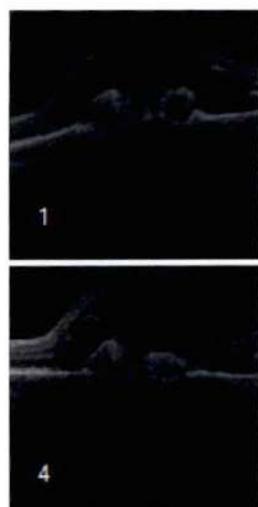
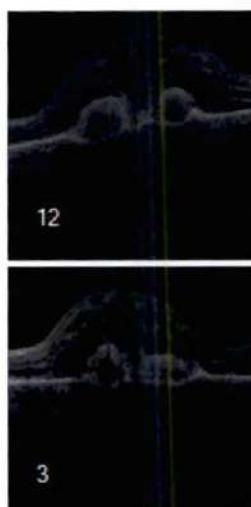
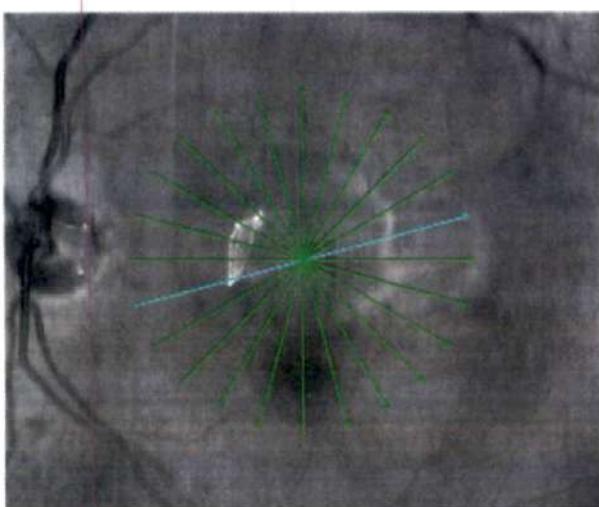
CLINIQUE FRANCEVILLE

ZEISS

## Images haute définition: HD Radial

OD  OS

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281  
Copyright 2015  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: KHALIDI, MOHAMED

ID: CZMI198875568 Date d'examen: 07/06/2021

Date de naissance: 01/01/1936 Heure de l'examen: 14:35

Sexe: Unknown Numéro de série: 5000-6852

Technicien : BOUGHNAMA, FOUAD Puissance du signal: 6/10

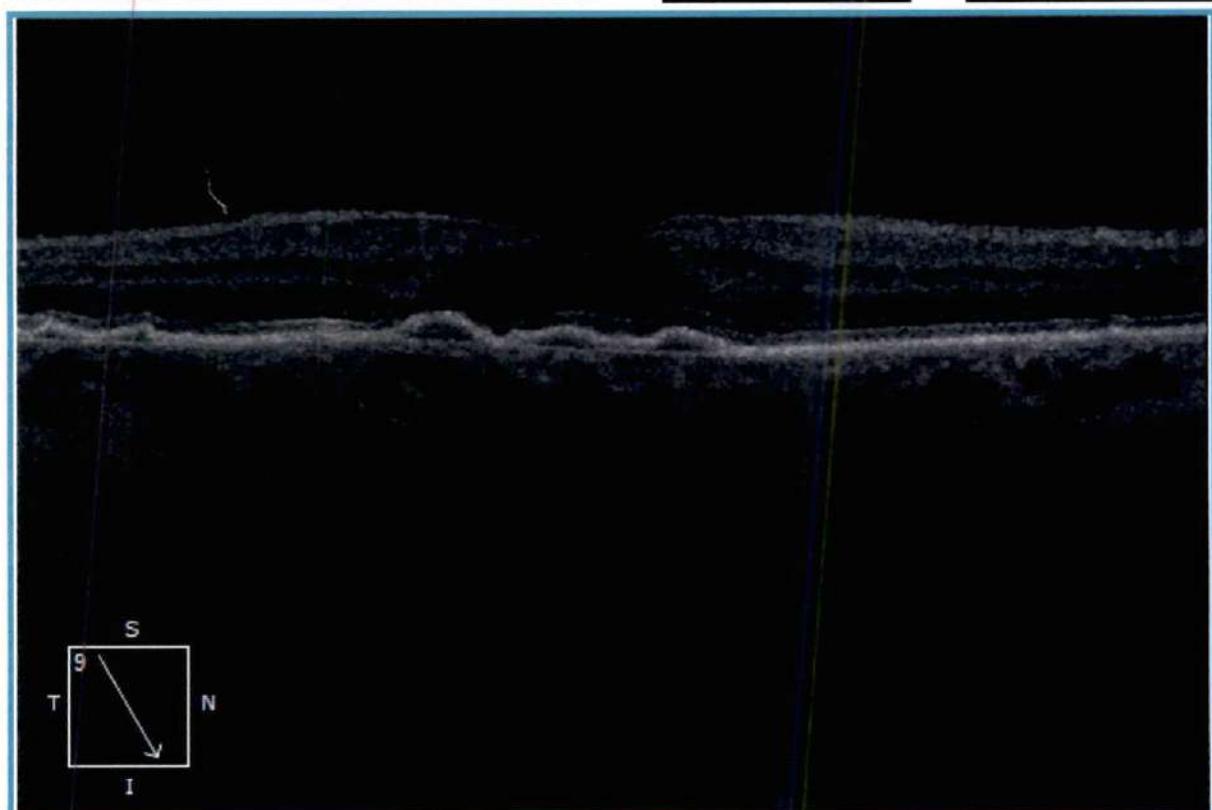
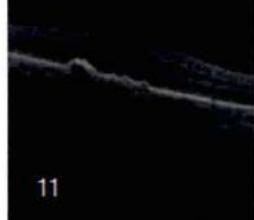
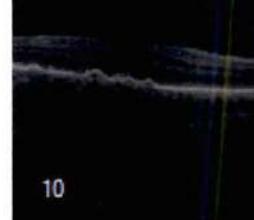
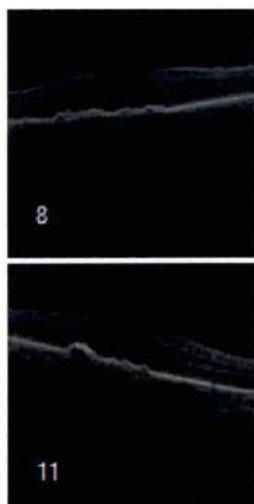
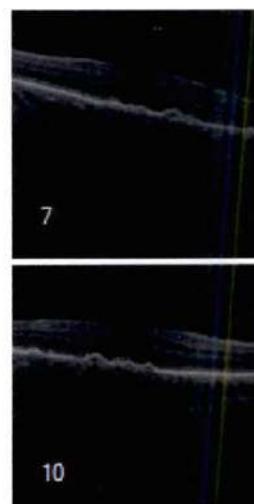
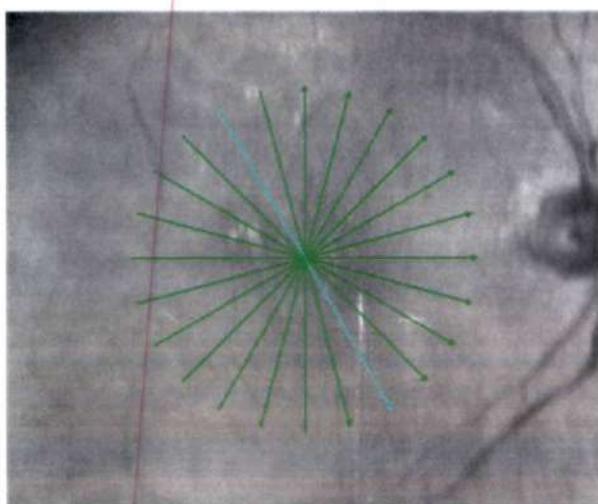


CLINIQUE FRANCEVILLE

## Images haute définition: HD Radial

OD  OS

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281  
Copyright 2015  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

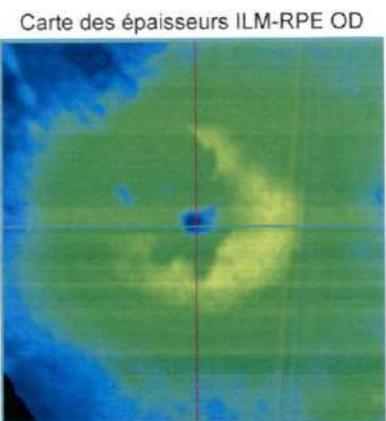
Page 1 sur 1

Nom: KHALIDI, MOHAMED OD OS  
 ID: CZMI198875568 Date d'examen: 07/06/2021 CLINIQUE FRANCEVILLE  
 Date de naissance: 01/01/1936 Heure de l'examen: 14:34 14:36  
 Sexe: Unknown Numéro de série: 5000-6852 5000-6852  
 Technicien : BOUGHNAMA, FOUAD Puissance du signal: 6/10 5/10

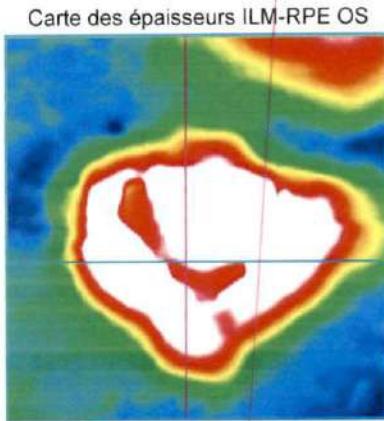


## Épaisseur maculaire OU : Macular Cube 512x128

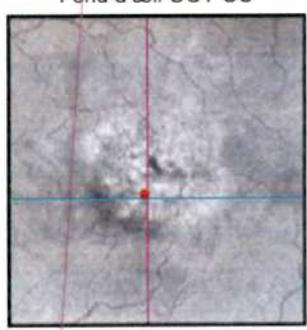
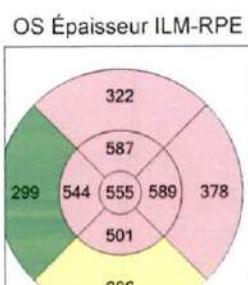
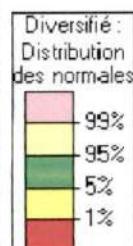
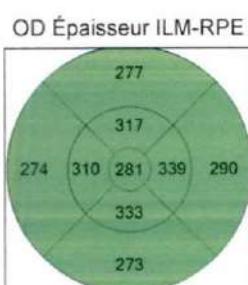
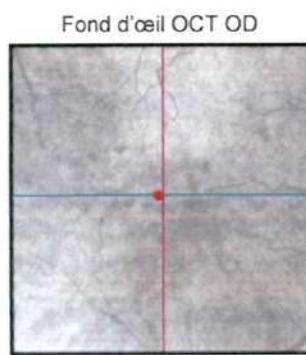
OD OS



Fovéa : 261, 63



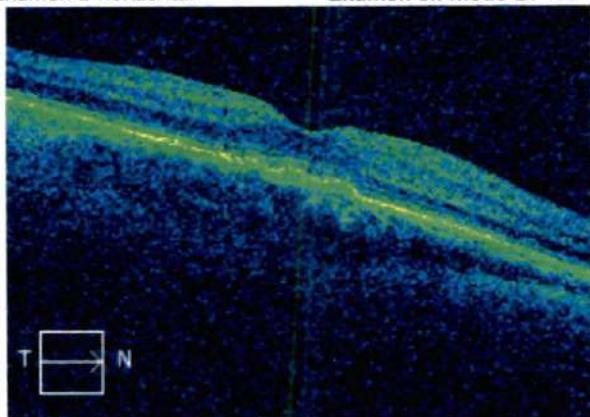
Fovéa : 242, 76



ILM - RPE

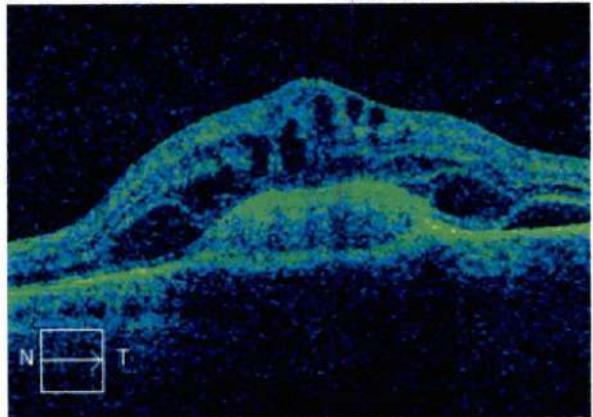
	OD	OS
Épaisseur Sous-zone centrale (µm)	281	555
Volume (mm <sup>3</sup> )	10,1	13,1
Moy Épaisseur (µm)	279	364

Examen B horizontal



Examen en mode B: 63

Examen B horizontal



Examen en mode B: 76

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281  
Copyright 2015  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

CLINIQUE FRANCEVILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

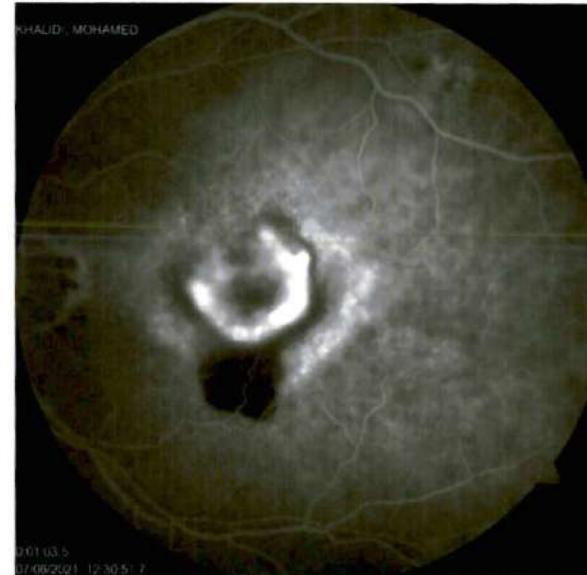
KHALIDI, MOHAMED  
01/01/1936



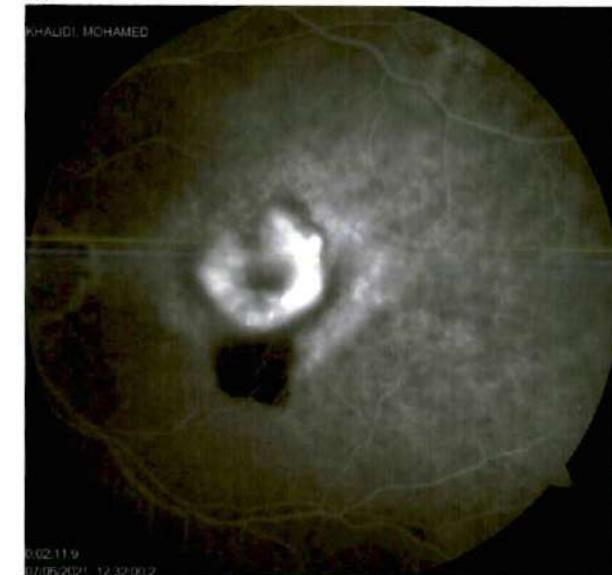
Vert OS 45° 07/06/2021  
Green



FA 1.03.5 OS 45° 07/06/2021  
FA



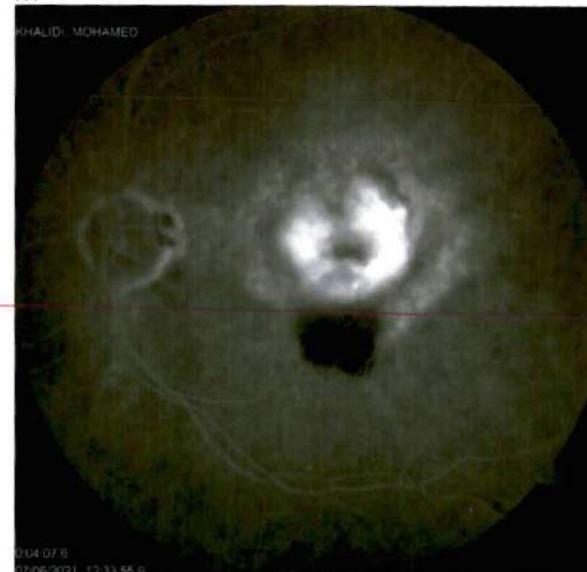
FA 2.11.9 OS 45° 07/06/2021  
FA



FA 3.10.9 OS 45° 07/06/2021  
FA



FA 4.07.6 OS 45° 07/06/2021  
FA



FA 8.05.3 OS 45° 07/06/2021  
FA

