

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 072287

85191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Morjane Chaïbia

Date de naissance : 01/01/1969

Adresse : 25 Rue Allal Ben Ahmed AmRik

n°3 Belveder

Tél. : 066630711 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/2021

Nom et prénom du malade : MORJANE CHAÏBIA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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) : Morjane

RELEVÉ 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
07/07/2024	ca		Gratuit	

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
UNIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE 44, Boulevard panoramique easblanca, mar... Tel: 05 2 28 46 18 05 22 29 66 90 / 05 22 29 66 91 Fax: 05 22 29 66 91	23/08/2024	Prothèse - 500,- microscopie - 500,- spectre - Echographie oculaire 100/1500,-	

AUXILIAIRES MEDICAUX

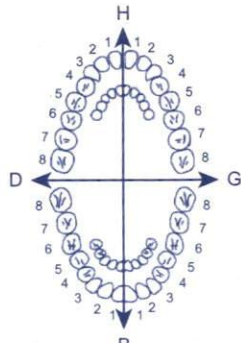
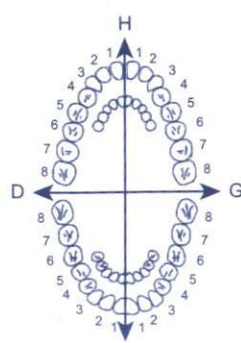
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 07/07/2021

M^e MORTANE CHAIBIA

BIOMECHANIQUE

MICROSCOPIE SPECULAIRE

ECHOGRAPHIE OCULAIRE

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca-maroc
Tel.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 19
Fax.: 05 22 86 46 21

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca-maroc
Tel.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 19
Fax.: 05 22 86 46 21





NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 23/8/2021

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, boulevard panoramique, californie,

le Docteur..... casablanca, maroc

Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

..... M^{re} MORJANE CHAIRA

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Biomeconique
- microscopie speculaire
- Echographie oculaire

Soit la somme de : 150.-

..... cent cinquante Dhs

..... Dhs

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

Cachet et signature





ORDONNANCE

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
Casablanca le 23/08/2021
Tel.: 05 22 29 66 00 / 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 86 46 21

COMPTE RENDU

NOM & PRENOM : MORJANE CHAIBIA

MICROSCOPIE SPECULAIRE

OD : 2691.1
OG : 2639.4

BIOMECHANIQUE :

OD : 16.0 (A)
OG : 19.0 (A)

Echographie A :

- La longueur axiale est mesurée à 22.80 mm de l'œil droit
et à 22.33 mm de l'œil gauche .

- Mesure implant :
(Implant pliable) D 118

OD: 21.50 D

OG: 21.50 D

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc

Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15

+212 522 86 46 18

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00 / 60

+212 522 86 46 21

info@clinic-oeil.com

www.clinic-oeil.com

