

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1000 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146 Bd Jules Ferry 1 Salmia 2  
Casab. Tél. : 05 22 57 00 55

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

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 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) :



#### **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
26/11/2021	Consulte			DR ESSALIME KARIM Ophtalmologue Joulane Appt 15 Salmia 2 Tél : 0522 57 00 56

## **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
	26/10/2010	10000	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophthalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

26/10/2021

Hme Anbry Fatima

- Deedime réhunen suu OVCR OD

⇒ Faie OT Jamlaue- ODR

Dr. ESSALIME KARIMA  
Ophthalmologue  
146 Bd Joulane , Appartement 1 Salmia 2  
Casablanca - Tel : 05 22 57 00 55

CLINIQUE AL MADINA  
Rue N° 10 Casablanca  
Angle Rue Mohamed Bahi et  
Riad Mansour Quartier Palmiers  
Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 101 - Fax : 05 22 15 00 02

146 ,Boulevard Joulane ,Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
05 22 57 00 55 ، شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف :

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



الدكتورة السالمي كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

26/10/2021

Compte rendu  
OCT Joulane

OD = Diminution de l'épaisseur sous  
rétinien  
Mais les différentes couches rétiniennes  
ne sont plus distinctes.  
Epaissement rétinien très important

OC = NL

O/C = Absentation théorophique

Dr. ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
46 Bd Joulane Appartement 1  
Casablanca 22250  
Tél : 0522 57 00 55

## FACTURE

N° : 15798 / 2021 du 26/10/2021

OCT

Nom patient ANBRY FATIMA  
PAYANT

Entrée 26/10/2021  
Sortie 26/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OCT	1.00		1 000.00	1 000.00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>1 000.00</b>
MILLE DIRHAMS		
		0.00