

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

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MOUL GOURI MUSTAPAA

Date de naissance : 04.03.1958

Adresse : mihne

Tél. : 06 61 92 86 24 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 13 / 12 / 2021

Nom et prénom du malade : KANZIL MINA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : A Hechin se laire

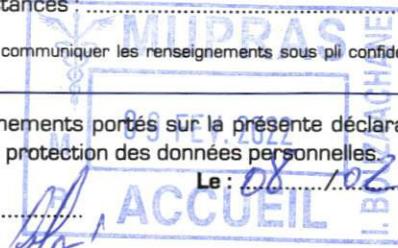
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : 08/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : Le : 08/02/2022



## 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
13/12/2021	CS	Et		 <b>ABDI MOHAMMED</b> Optométriste Panoramique, Maroc Tunisie - 46 18 20 05 22 50 15 15 46 21

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
NIQUE DE L'OEIL - CLINIQUE boulevard Panoramique, Casablanca casablanca maroc 0522 86 45 18 / 12 / 20 053 130 053 22 53 15 147	147/12/2021	Biomécanique	500,-

AUXIHAIBES 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 de

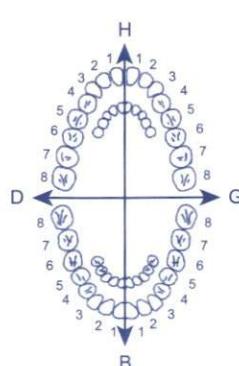
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**NOTE D'HONORAIRES**

Casablanca le ..... 17/12/2021 .....

le Docteur..... CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca. maroc

Tél.: 05 22 29 66 00 +00 05 22 50 15 15  
Fax.: 05 22 29 66 60 +00 05 22 50 15 15

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

..... KANDIL MINA .....

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

Bonne continuation

Soit la somme de : #500,-

..... p. cinq. Cents. 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

TTT(-)

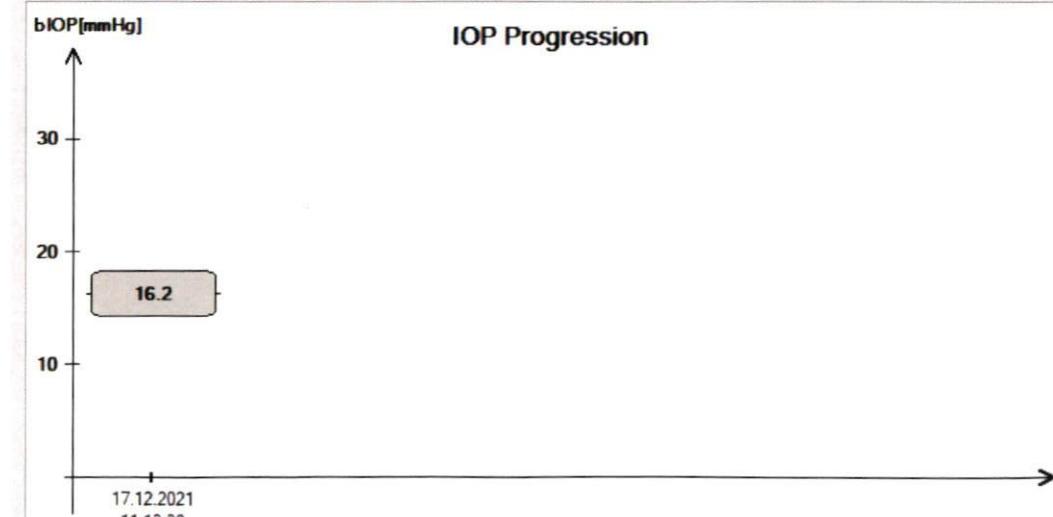
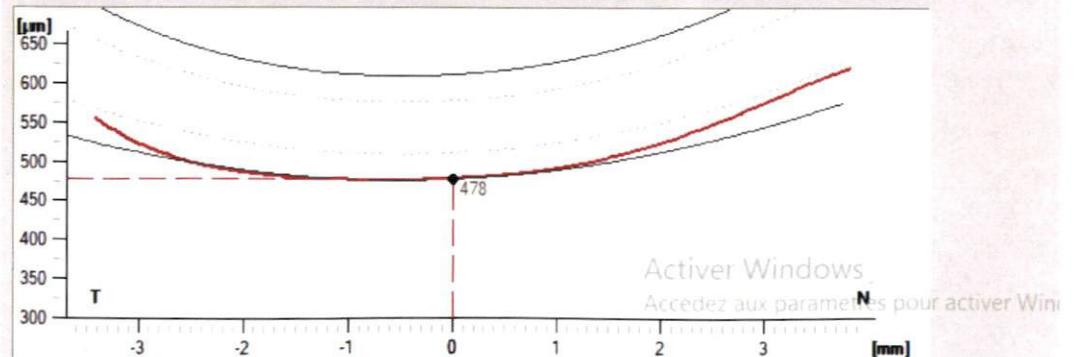
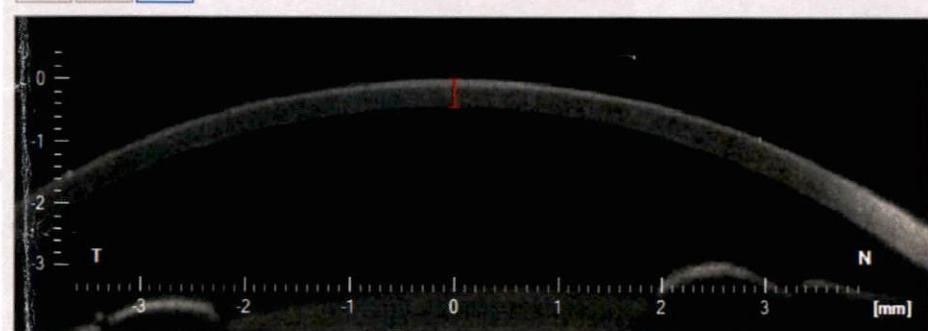
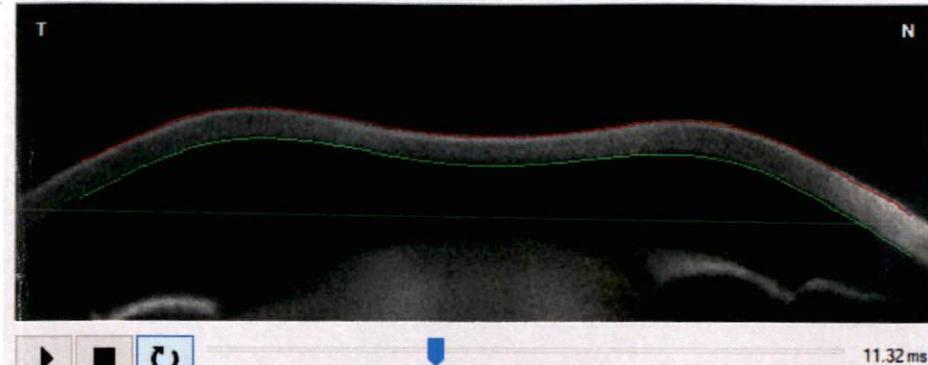
# OCULUS Corvis® ST - IOP/Pachy

1.6/2015

Name:	KANDIL, MINA	ID:	KM	Date of birth:	01.01.1968	Age:	53
Exam. Date:	17.12.2021	Time:	11:13:38	Eye:	Right (OD)		
Info:				QS:	OK		

Tonometry	IOPnict (no corr.):	bIOP
IOP:	15.5 mmHg	16.2 mmHg
IOP(1):	15.5 mmHg	16.2 mmHg
IOP(2):	-	
IOP(3):	-	
IOP(4):	-	
IOP(5):	-	
IOP(6):	-	

Pachymetry	Apex
CCT:	478 µm
CCT(1):	478 µm
CCT(2):	-
CCT(3):	-
CCT(4):	-
CCT(5):	-
CCT(6):	-



# OCULUS Corvis® ST - IOP/Pachy

1.6.2015

Name: KANDIL, MINA

Exam. Date: 17.12.2021

Info:

ID: KM

Time: 11:13:00

Date of birth: 01.01.1968

Age: 53

Eye: Left (OS)

QS: OK

Tonometry	IOPnct (no corr.):	bIOP
IOP:	14.5 mmHg	15.9 mmHg
IOP(1):	14.5 mmHg	15.9 mmHg
IOP(2):	-	
IOP(3):	-	
IOP(4):	-	
IOP(5):	-	
IOP(6):	-	

Pachymetry	Apex
CCT:	469 µm
CCT(1):	469 µm
CCT(2):	-
CCT(3):	-
CCT(4):	-
CCT(5):	-
CCT(6):	-

