

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 ALCAL.
- 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 : 0708 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : ND 2020
 Nom & Prénom : SAD. Abd elkader
 Date de naissance : 3-10-44
 Adresse : 152 Av Houman F. Fouaki RBA
 Tél. : 06.71.40.06.96 Total des frais engagés : 6.010.072 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2022
 Nom et prénom du malade : Sad. abdelkader Age : 77 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Cataracte
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : 17/06/2022 Le : 17/06/2022
 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
17/06/2022	S		9	
17/06/2022	S		3000 Dh	 Signature Dr. BAKKALI Opticien - Optométriste - Ophtalmologiste Spécialiste de la Cataracte Spécialiste de la Chirurgie Correctrice - Laser Tél: +212 661 22 93 91 Email: dr.bakkali@yahoo.fr Site: www.bakkali-med.com Service 1

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
	2021-05-26	Esthe A	300,00

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the left. A second horizontal arrow labeled 'G' points to the right, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

RABAT

Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22F171505	SAD ABDELKADER	17/06/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par :RAJAA

ACCUEIL
Système de gestion de la clinique
261 Avenue Ibn Khaldoun - Tel: 05 37 67 66 66 - Fax: 05 37 67 66 66



Cr

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat

+212 524 11 3331 00 5



PT220208160527



11 mars 2022

SAD Abdelkader

OCT maculaire et nerf optique
NIBUT (film lacrymal)

RC: Zona ophtalmique

(+) SMLA



Vendredi Matin

OCT

1600. Bft

Provoia Repos

Mangue Concept Ready

Echographie



مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat

+08:03+ 11:00 06:00



PT220208160527



17 juin 2022

SAD Abdelkader

Echographie oculaire A

RC: cataracte

DMLA Atrophique

Ref Cet H

Da

Ne

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

F A C T U R E

Date : 17/06/2022



Numéro : 11 871

100061548

Nom patient : SAD ABDELKADER

Médecin : DR. EL BAKKALI MOUHCINE
OPHTALMOLOGUE

22F171330

PAYANT

	Montant
ECHOGRAPHIE A	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS



SAD Abdelkader

Thiès biométrie dont les paramètres sont hors des normes habituelles

$K < 40$	$LA < 20$	$IOL < 20$
$K > 46$	$LA > 24$	$IOL > 24$

Nécessite impérativement de prévenir le médecin traitant.

OD			
K1	40,76 D	AXL	24,67 MM
K2	43,38 D	ACD	0,00 MM
LENS		Phaque	
A	118,70 D		
IOL	19,00 D	REFR	0,00 D

OG			
K1	41,01 D	AXL	24,48 MM
K2	42,78 D	ACD	0,00 MM
LENS	Phaque		
A	118,70 D		
IOL	19,50 D	REFR	0,00 D

~~Cur Exploitaine
Gouvernementale
de la République
du Congo~~

Dossier Anpakt

17-6-22

Adoptie