

## 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 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-460146

124887

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule :	1143	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BALMANE Mohamed
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		01-01-1941	
Adresse :		Cité Djemaa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca	
Tél. :		06 01 7892 12 Total des frais engagés : 22.00, 00 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/10/99

Nom et prénom du malade : EL HAMOUD HABIBA Age :

EL HAMOUD HABIBA

Age :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

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 : Casablanca

Le : 02/10/2002

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
04/10/2011 07/10/2011 20/10/2011	Co		Gratuit	INP : 091039713

## 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
21 CALIFORNIA LABORATORY	21/10/71	Angiographie Retinème 22-DCT Macula	1000,00 1200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET AD'.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

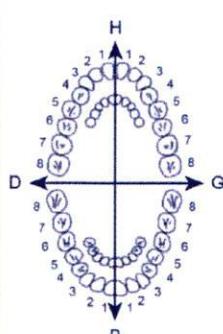
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Chahbi  
9646

ORDONNANCE

Casablanca le ..... 04/07/2022

M EL HAMDOU HABZBA

**ANGIOGRAPHIE RETINIENNE**

**BIOMECANIQUE**

**OCT MACULAIRE**

DR. CHAHBI Mouloudine, Casablanca, Maroc  
Tél: 05 22 29 66 00, 05 22 29 66 15  
Fax: 05 22 29 66 00, 05 22 29 66 21  
Tél: 05 22 29 66 00, 05 22 29 66 15  
Fax: 05 22 29 66 00, 05 22 29 66 21  
CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél: 05 22 86 46 18, 05 22 86 46 19  
Fax: 05 22 86 46 20



## NOTE D'HONORAIRES

le Docteur.....

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

Mme EL HAMDOU HABIBA

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

- Angiographie Retinienne  
 - OCT Maculaine

Soit la somme de : # 2200,00 Dhs

Deux Mille Deux cents Dirhams

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
 544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
 0522 2864615 0522 501515  
 0522 2865015 0522 501515  
 Fax.: 0522 2864621

Cachet et signature

**ORDONNANCE**

EL HAM Sou  
Habibi

Casablanca le 14/07/2022

Compte rendu anamnèse

ost : Staphylose myopique

ACR diffuse

visualisation gênée des clichés  
angiographique.

06. Artère vasculaire respectée  
Drusens Maculares  
Zones d'ischemie rétinienne

544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél: 0522 86 46 18 / 19 / 20 / 21  
Fax: 0522 86 00 00 - 0522 50 15 15  
E-mail: clinicoeil.californie@gmail.com

## ORDONNANCE

EL HAMDOU HABIBA

## Casablanca le

## Compte rendu

ost : *fvro schis*.  
Decollement de l'EP de la rhine  
Neuroscopie.  
 $\epsilon_{\text{MC}} = 614 \mu\text{m}$

OG: OCT max = 1  
EMC < 17  $\mu$ m