

# 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 ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 : 237

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKKIoui FATIMA

Date de naissance :

Adresse : 6 Rue ABIRAKAK N 35 Casablanca

Tél. : 06.06.11.27.26 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/2022

Nom et prénom du malade : AKKIoui FATIMA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

Seulaine

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

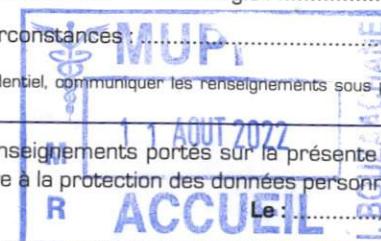
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : .....

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
21/01/2022	CR		2.200,00	Dr. SAIFAOUDINE Chirurgien-dentiste El Oum Rabia Casablanca 22 93 03 80 / 07 56 05 95 63

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. A AYOUCHE SEDRATI Angie Bd. Abi Regrag et Rue 3 - Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 90 85 68 Pharmacie ABI REGRAG	22/09/2022	2575,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiq

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitemen

74,80

I'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le 21.07.2022

NOM : AKGOU  
PRENOM : FAOUZY

l'œil opéré a partir de ce jour

24.60

1°) FRAKIDEX (collyre)

1 goutte x 1/j pdt 07 jours

1 goutte x 2/j pdt 07 jours

1 goutte x 1/j pdt 07 jours

1's

2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)

1 cp x 2/j pdt 05 jours

99.00

3°) PHYLARM

Pour nettoyage de la paupière matin et soir

l'œil opéré après 21 jours

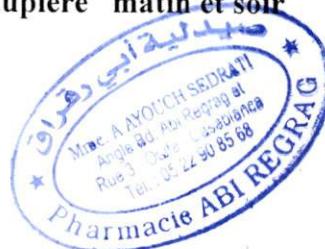
77.10 1°) DEXAFREE (collyre)

1 goutte x 3/j pdt 07 jours

1 goutte x 2/j pdt 07 jours

1 goutte x 1/j pdt 07 jours

1's



TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES  
GLAUCOMATEUX

225,50

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard panoramique, casablanca, maroc  
Tél: 05 22 86 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21

+212 522 50 05 15 15 +212 522 29 66 00 / 60  
+212 522 86 46 18 +212 522 86 46 21  
+212 522 86 46 19 clinicoil.california@gmail.com  
+212 522 86 46 20 www.clinic-oeil.com