

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0022182

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1143 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BALMANE Mohammed

Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : Cité Djemaa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca

Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 1415,00 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 19 61 55/00 - 05 22 86 46 21

Date de consultation : 05/08/2022

Nom et prénom du malade : E Idriss Ben Hafsa Age : 75

Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Hypertension

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

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 : 13/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12.08.2012	K80	100,00		<i>J. Scelle USEP / mym</i>
12.08.2012	G 09	90,00		<i>g. blyf</i>
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture		
<i>PHARMACIE D'ALMA MENEGBHI NOUFISSA JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASE PAT.37417809 - TEL:0522371441 ICE: 00153460700034</i>	12/08/2012	<i>PHARMACIE D'ALMA MENEGBHI NOUFISSA JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASE PAT.37417809 - TEL:0522371441 ICE: 00153460700034</i>		
ANALYSES - RADIGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000	B 35533411	G 00000000 11433553	Montants des soins <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 12.08.2022

le Docteur.....

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

EL HAMDAN HABIBA

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

K 80.
1 Seouc Issel Del Gueb
Aujn
Soit la somme de : 1200,00 Dhs
Dhs



Cachet et signature



6 118001 101948
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

ORDONNANCE

Casablanca le

12 08. 2011

① Echappement 147,00

68,00

① Diclo

191,00

PHARMACIE DOUNIA
MENEHBI NOUFISSA
JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASA
TAT: 37417809 - TEL: 0524714447
ICE: 001534607000



13

147,00

② Thérapie



un J & Dr. CHAHBI

PHARMACIE DOUNIA
MENEHBI NOUFISSA
JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASA
TAT: 37417809 - TEL: 0524714447
ICE: 001534607000

05 24 22 80 10
Tel: 05 24 22 80 10
FAX: 05 24 22 80 10

VR2762C10MAR0819

MA

3662042003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC 147,00 DH



+212 522 86 46 19 info@clinic-oeil.com
+212 522 86 46 20 www.clinic-oeil.com

Casablanca le

1 12/08/2022

COMPTE RENDU

Nom et Prénom
Date D'Acte
Médecin traitant
Acte

: **EL HAMDOU HABIBA**
: **12/08/2022**
: **Dr CHAHBI**
: **Séance de laser œil Gauche**

- Retinopathie Diabetique
- Nécessitant une panphotocoagulation rétinien
- 1 Séance de laser Pascal OG
- 1000 Impacts
- Puissance 400
- Intervalle 0.10

Tel: 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 86 46 21
05 22 29 66 18 / 19 / 20

544, boulevard Panoramique, Californie,
CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
Casablanca Maroc