

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022182

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BALMANE Mohamed
Date de naissance : 01-01-1941
Adresse : Cité Djemaa Jamila 7 Rm 19 n° 15 Casablanca
Tél : 0661789212 Total des frais engagés : 1415,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
Date de consultation : 05/07/2022
Nom et prénom du malade : ELIMANOU HASSA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : Casablanca Le : 13 / 07 / 2022
Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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	480		1200,00	
12.08.2012	205		215,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
--	------	-----------------------

12/08	22	
-------	----	--

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

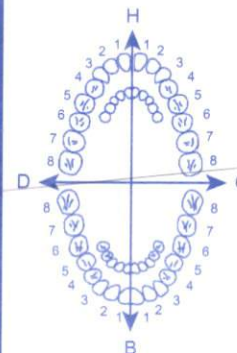
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 HAMDAOUI

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

\$ 80.

1 Seconde Visite Oeil Gauche
Aujd

Soit la somme de : 1200,00 DHS

Mille deux cent dix-huit

Dhs

CLINIQUE DE L'OIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, casablanca, maroc
Tél.: 05 22 29 66 60 / 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 86 46 21

Cachet et signature





6 118001 101948

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

ORDONNANCE

Casablanca le

12 08. 2021

Dr. ELHAMDOU HIBI

28,00

1 Dicloced

PHARMACIE DOUNIA
MENEHI NOUFISSA
IAMILA 5 RUE 145 N° 105 PK CASA
TAT: 37417809 - TEL: 05 22 371441
ICE: 00153460700



19K 3A

147,00

2e Thes



Dr. CHAHBI

PHARMACIE DOUNIA
MENEHI NOUFISSA
IAMILA 5 RUE 145 N° 105 PK CASA
TAT: 37417809 - TEL: 05 22 371441
ICE: 00153460700

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Tel: 05 22 371441
FAX: 05 22 371441

VR2762C10MAR0919



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

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
Fax: 05 22 86 46 21
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15