

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.

Nº W19-460148

19669

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11143		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Mohamed
Nom & Prénom : BALMANE			
Date de naissance : 01-01-1941			
Adresse : cité Djemâa Jamila 7 Rue 19 N° 15 Casablanca			
Tél. : 0661 789212		Total des frais engagés : 1253,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Dr. CHAHBI Mohammed Ophtalmologiste 544, Boulevard panoramique californie, Casablanca - Maroc			
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20			
Date de consultation : 01/08/2010 - 05 22 50 15			
Nom et prénom du malade : EL HADJ MOUHAMMED HADRA Age: 65			
Tél : 05 22 86 46 21			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Fui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire (R D Dighia)			
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 : 05/08/2010

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 05/08/2010

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
05/08/2022	180	1200,00		INP : 0511039119 Dr. El Boumchamme Spécialiste en rhumatologie Casablanca - Maroc Tél : 0522854618 / 056660100 / 0522854618 Fax : 0522854618
	1 Seance IASEL + fm OG			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/05/2022	58,00

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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.																				
	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																
								CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
								MONTANTS DES SOINS												
								DÉBUT D'EXÉCUTION												
								FIN D'EXÉCUTION												
					O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
							H	25533412	21433552											
							D	00000000	00000000											
							B	00000000	00000000											
							G	35533411	11433553											
							MONTANTS DES SOINS													
							DATE DU DEVIS													
							DATE DE L'EXÉCUTION													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

ORDONNANCE

Casablanca le 21/07/2022

Mr EL HAMDOU HABIBA
Retinopathie Diabétique
 2 séances de laser

(06)

Dr. EL HAMDOU HABIBA,
 Ophtalmologue californie,
 Dr. EL HAMDOU HABIBA,
 Ophtalmologue maroc 20
 Ophtalmologue maroc 18 / 16 / 20 / 15
 Boulevard Casablanca 46 / 22 / 50 / 15
 544, Boulevard Casablanca 46 / 22 / 50 / 15
 Tel: 05 22 29 66 00 - 05 22 29 66 21
 05 22 29 66 05 22 29 66 21
 05 22 29 66 05 22 29 66 21
 05 22 29 66 05 22 29 66 21



ORDONNANCE

Casablanca le 05/08/2022

M: EL HAMDOU HABIBA

58,00

dg

Indocollya

29R 3R 17

17

PHARMACIE DOUNIA
M. EL HAMDOU
JAMILA 5, BOULEVARD PANORAMIQUE 10 BIS CASA
PAT:3741/809 - TEL:052337141
ICE : 001534607000034

Dr. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, Boulevard panoramique Californie,
Casablanca - Maroc

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

INDOCOLLYRE 0.1% مهار / 0 LOT: H7555
Colyre 5ml FAB/ ماركت 09-2021
ZENITH PHARMA EXP/ تاریخ الاستهلاک 02-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
Barcode: 6178001270088 PPV: 58,00 DHS



Casablanca le

05/08/2022

COMPTE RENDU

Nom et Prénom
Date D'Acte
Médecin traitant
Acte

: **EL HAMDOU HABIBA**
: **05/08/2022**
: **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

*Dr. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, Boulevard Panoramique, Californie,
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 02 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21*



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 05/08/2022

Dr. CHAHBI Mohammed

Ophtalmologiste

544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc

le Docteur.....

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

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

FAX : 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

FAX : 05 22 86 46 21

M. EL HAMDAO HABIBA

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

K 80

Seconde lafif

OB

Soit la somme de 1200,-

8. Mille deux cent Dhs

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, boulevard panoramique, californie,
casablanca. maroc

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

Cachet et signature



544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 21
info@clinic-oeil.com
www.clinic-oeil.com