

# 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

- 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.

**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)

M22- 0011256

Optique 189868  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : *Permanente*

Nom & Prénom : *SACRI FIR JUSTAPHA*

Date de naissance :

Adresse : *Cité DINA RAIS Rue S N° 15*

Tél. : *06 61 89 36 61 86 40* Total des frais engagés : *500* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *09/08/2022*

Nom et prénom du malade : *BELKHAYAT FATIMA* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Affection Oculaire (RD)*

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 : *Le 16 SEP. 2022*

Signature de l'adhérent(e) : *R ACCUEIL*

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant et signataire du Patient des Actes
02/10/2011	Seance laser (05)	1200,00		
16.10.11	K80	1200,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		Date	Casablanca - Maroc	Montant de la Facture
LA PHARMACIE LUMIERES 550, Bd. A. DE LA MARE, Casablanca - Maroc, Tél: 05 22 52 40 39	09/08/2022	05 22 29 66 60/00 - 05 22 15 15	68,00	
LA PHARMACIE LUMIERES 550, Bd. A. DE LA MARE, Casablanca - Maroc, Tél: 05 22 52 40 39	16/08/2022	05 22 29 66 60/00 - 05 22 15 15	68,00	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Signature et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SHAFI MAEILI LUNA B.I.A.C. Geds. I.M.P.E. 092040421	092040421	SHAFI MAEILI LUNA	05 22 52 40 29

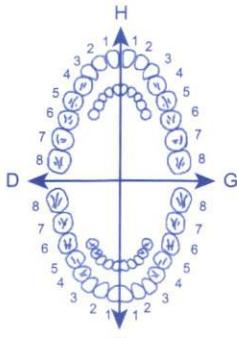
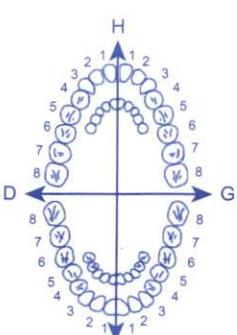
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411 B	G 21433552 00000000 00000000 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ORDONNANCE

Casablanca le 16.08.2022

Mr BEL KHAMAT FATIMA ep  
SAGIR

68,00

Diclored 0,05  
60 mg  
3x10 ml

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Qods, Maroc, Ain Chok  
T: 05 22 52 40 29

DICLOED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

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

Dr. CHAIBI MOUNA  
Opticien Optométriste Collégiale  
Tél: 05 22 28 66 00 - 05 22 28 66 21  
Fax: 05 22 28 66 15 - 05 22 28 66 15  
sablanca, Maroc  
37521862  
CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15  
+212 522 86 46 18  
+212 522 86 46 19  
+212 522 86 46 20  
+212 522 86 46 00 / 60  
+212 522 86 46 21  
info@clinic-oeil.com  
www.clinic-oeil.com

ORDONNANCE

Casablanca le ..... 02/08/2022

Me BELKHAYAT FATIMA

68,00

Diclored



zgk 3n j x 2



PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
50, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél. : 05 22 52 40 29



PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
50, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél. : 05 22 52 40 29



**NOTE D'HONORAIRES**

le Docteur.....

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

BEL KHAYAT, FATIMA ep SAGHIF

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

K80  
1 Sejour 1800 Dhs Augm 06.

Soit la somme de 1200,00 Dhs

2100 Deux Cent Jules

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard panoramique, californie, Casablanca, Maroc  
Tél.: 05 22 98 46 48 05 22 98 19/20  
05 22 29 66 60 / 00 05 22 86 50 15 15  
Fax.: 05 22 86 46 31

Cachet et signature

## NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le ..... 02/08/2022

le Docteur.....

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

Mme BELKAÏD FATIMA

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

1<sup>re</sup> Seance Laser (OD)  
k80

Soit la somme de # 1200,00 Dhs

Mille Deux Cents Dirhams

Dhs

Gachet et signature



02/08/2022

**COMPTE RENDU**

Nom et Prénom

**: BELKHAYAT FATIMA**

Date D'Acte

**: 02/08/2022**

Médecin traitant

**: Dr CHAHBI**

Acte

**: Séance de laser œil Droit**

- Rétinopathie diabétique
- Nécessitant une panphotocoagulation rétinien
- 1 Séance de laser Pascal OD
- 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 10 - 05 22 50 15 15  
Fax.: 05 22 86 46 21