

# 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- 0011258

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : S. A. S. H. I. R. M. U. S. T. A. P. T. A.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 48 93 84 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DR. CHAHBI Mohammed**  
Ophtalmologiste  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca, maroc  
Tél.: 05 22 86 46 18 / 19/ 20  
05 22 29 86 60 / 00 - 05 22 50 16 15  
Fax.: 05 22 86 46 21

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **ZELKHAMAT FATHIMA** Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Ophtalmi** **Paralysie**

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 : ..... / ..... / .....

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
22.03.2017	100	1	100,00	Dr. Mohamed de California ROC 181201531225035221534621

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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 prothèse(s) ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**NOTE D'HONORAIRES**

02.08.2011

le Docteur.....

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

ZEL KHYAT TAHIA

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

K80

1 seouc 0800 sign 01

Soit la somme de 1200,00 Dhs

Deux mille deux cent mille.....

Dhs

D. CHAHBI Nabil  
Ophthalmologist  
Casablanca le 02.08.2011  
544, boulevard panoramique, maroc  
casablanca, maroc  
Tel.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20 / 21  
Fax.: 05 22 29 60 / 05 22 86 46 21

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard panoramique, maroc  
casablanca, maroc  
Tel.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20 / 21  
Fax.: 05 22 29 60 / 05 22 86 46 21

Cachet et signature

*[Handwritten signature]*

## ORDONNANCE

Casablanca le 02.08.2022

MR. BEKKIRIAT FATIMA  
SAGHR

Rehinepathie Diabetique  
→ PQR OGB  
→ Seance sur oeil droit

DR. EL HADJI BAAHARAHmed  
544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél: 05 22 86 60 / 09 05 22 86 46 21  
Fax: 05 22 86 60 / 09 05 22 86 46 27  
05 22 86 60 / 09 05 22 86 46 15

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

**COMPTE RENDU**

Nom et Prénom : **BELKHAYAT FATIMA EP SAGHIR**  
 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 Argon OD
- 1000 Impacts
- Puissance 400
- Intervalle 0.10

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél: 05 22 96 00 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 96 46 19 / 18 / 20  
05 22 96 46 21