

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

143216

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2587

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SARAHANI KHAIRIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1263,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, bd paul ramadier, casablanca maroc  
Télé: 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 25 00 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SARAHANI KHAIRIJA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Altechini Oculaire

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
25/11/2022	CS		Gt	DR. CHAHBI MOHAMMED ophtalmologue, californie 544-88 panoramique, maroc Casablanca maroc Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20 05 22 29 66 60 / 00 05 22 50 15 15 02 86 46 21

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MOTAHIDA Sidi Abderrahmane Date 19/12/22	27/12/22	80,-
	19/12/22	243,60 DHS

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Pathologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE DE L'OEIL d'anatomie, californie France Marc 06 46 18 13 20 00 05 02 50 15 15 21	25/11/2022	Biomécanique et microscopie speculate	180,- / 100,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

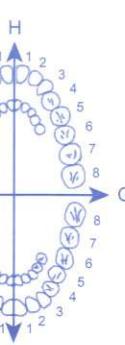
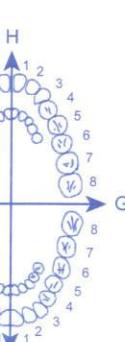
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

**NOTE D'HONORAIRES**

le Docteur..... Casablanca le ..... 25/11/2022

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**

544, bd. panoramique, californie

Casablanca marrakech

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



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

M. SARHANI KITADJA .....

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

- Biometriques
- microscopie stroboscopique

Soit la somme de # 1000,-

..... mille Dhs .....

Dhs

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**

544, bd. panoramique, californie

Casablanca marrakech

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**



**ORDONNANCE**

Casablanca le ..... 25/11/2022 .....

M. STARITAONE KHADJA

Biomérométrie

- microscopie stéculaire

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**  
544, bd. panoramique, californie  
Casablanca maroc 18 / 19 / 20  
Tél : 05 22 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21



**DR. CHAHBI Mohammed**  
Ophtalmologiste

544, bd. panoramique, californie  
Casablanca maroc 18 / 19 / 20  
Tél : 05 22 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21



**ORDONNANCE**

Casablanca le 07.12.22

Mme SARHANI KHA digo



80.-

**CORRECTOL COLLYRE**

80,00 -



صيدلية المتنزه  
Sidi Abderrahmane  
Pharmacie Sidi Abderrahmane  
31 Rue Caid El Hachem  
Casablanca

**ORDONNANCE**

Casablanca le ..... 19/12/2022 .....

NOM : SA.RI+Ari  
PRENOM : KITA+AJA



I'œil opéré a partir de ce jour

1°) **FRAKIDEX** (collyre)  
1 goutte x3/j pdt 07 jours



2°) **SPECTRUM 500 MG** (comprimés)  
1 cp x2/j pdt 05 jours



3°) **PHYLARM**  
Pour nettoyage de la paupière matin et soir



I'œil opéré après 07 jours

1°) **FLUCON** (collyre)  
1 goutte x3/j pdt 07 jours  
1 goutte x2/j pdt 07 jours  
1 goutte x1/j pdt 07 jours



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES  
GLAUCOMATEUX

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, bd. 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



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 29 66 00 / 60  
+212 522 86 46 18 +212 522 86 46 21  
+212 522 86 46 19 +212 522 86 46 19  
+212 522 86 46 20 clinicoeil.california@gmail.com  
+212 522 86 46 20 www.clinic-oeil.com

**ORDONNANCE**

Casablanca le .....

**25/11/2022**

# **COMPTE RENDU**

**NOM & PRENOM : SARHANE KHADIJA**

## **MICROSCOPIE SPECULAIRE**

OD: 2582.4

OG: 2576.6

## **BIOMECANIQUE**

OD: 13.1(A)

OG : 13.5(A)

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**  
544, bd. 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

