

# 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8949* Société : *RA.M*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *MICHOUR LAHOUSSEINE*

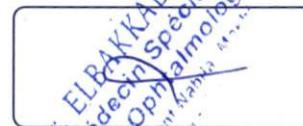
Date de naissance : *Le 30 - 04 - 1960*

Adresse : *241 Hdy CRAAA Rue cheikh Tidjane El Amin Benachrid*

Tél. : *06.13.62.18.90* Total des frais engagés : *18.000,00 DH* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/03/2021*

Nom et prénom du malade : *ef Bachir Ben Achour* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *affection oculaire*

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 : *Benachrid* Le : *28/03/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *Benachrid*



#### **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
29/03/1966	Laser ergonomie	1	1800.00	ACCUEIL Nord DOCTEUR ALMOUSSA L'ASSOCIATION OASIS PR : EL Casablanca G : 09 22 23 49 87
18/03/2014	CS	1	200.00	ACCUEIL Nord DOCTEUR ALMOUSSA L'ASSOCIATION OASIS PR : EL Casablanca G : 09 22 23 49 87

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

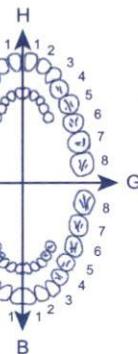
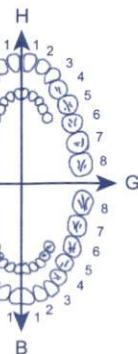
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	G 21433552 00000000	B 35533411 00000000	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophthalmologist

Diplomé de la Faculté de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucoma - Lasers -  
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



**الدكتورة رشا البقال**  
طب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية . الليزر

## ORDONNANCE

18 mars 2024

Mme EL BADAOUI MERIEM

PPR argan ODG

RC : Rétinopathie diabétique  
proliférante

BAKKAL RACHA  
Spécialiste  
docteur en médecine  
Ophthalmologist

CLINIQUE EYE  
CLINIQUE NOUVEAU PALMIER Casablanca  
28, Avenue Mohamed V  
des Facultés de Médecine  
Tél : 05 22 23 49 89

تجزئة نبيلة ، مخلف رقم 338، الطابق الثاني - N°2  
Lotissement Nabila, Makhlof N°338, étg N°2



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com



**CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA**

**مصحة النور للعيون الدار البيضاء**

**CNOC**



## F A C T U R E

N° **3 532** / 2024 du **22/03/2024**

Nom patient	<b>EL BADAOUI MERIEM</b>	Entrée	<b>Sortie</b>
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	<b>22/03/2024</b>	<b>22/03/2024</b>

DR. EL BAKKAL RACHA (OPHTALMOLOGISTE)

**LASER ARGON (ODG)**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
FRAIS CLINIQUE LASER ARGON ODG	1,00		750,00	750,00
			Sous-Total	750,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>750,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. EL BAKKAL RACHA (ophtalmologiste)	1,00	K	1 050,00	1 050,00
			Sous-Total	1 050,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>1 050,00</b>

**Total général 1 800,00**

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**MILLE HUIT CENTS DIRHAMS**

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	<b>1 800,00</b>	<b>1 800,00</b>	<b>0,00</b>

**CLINIQUE ACCUEILLANTE**  
28 Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22

**CLINIQUE ACCUEILLANTE**  
28 Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605

28. زاوية زهرة التخييل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

عنوان: 28، زاوية زهرة التخييل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: 090060914@attijariwafabank.ma

007 780 000122700000605 67 • التصاريح: 34751148 • تج: 40143077 • ص.م.ش: 8282733 • التعريف البنكي: 002782953000058

007 780 000122700000605 67 • التعريف البنكي: 002782953000058