

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-457612

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e) 2130

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

### Actif

Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : YAZEDI SADI

### Date de naissance :

Adresse : El Jadida

Tél. : 066 129 19 50 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

### Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 OCT 19

Nom et prénom du malade : NEJSAI JAHAL EDDINE

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-457612

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies				
Cachet et signature du Clinique de la Vision de Rabat	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
<b>ACCUEIL 2</b> Cabinet de Radiologie Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 93	05/10/19	OCT	1000 DH	
<b>ACCUEIL 2</b> Cabinet de Radiologie Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 93	05/10/19	Champ unisé	500 DH	

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat



PT1901104175

05 octobre 2019

05/10/2019

Nom et prénom: Mr. NEJJAI Jamal Eddine  
63 ans

## CHAMP VISUEL OCTOPUS 900PRO

L'examen du champ visuel de Mr. NEJJAI Jamal Eddine révèle :

-Œil droit : baisse de la sensibilité rétinienne globale avec un seuil moyen de 21.6dB

-Œil gauche :baisse de la sensibilité rétinienne globale avec un seuil moyen de 25.1dB

Conclusion :  
ODG : déficit relatif

Cordialement

ELJABIRY ADIL  
Orthoptiste  
Tél : 05 37 67 66 66  
مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat  
ACCUEIL 2  
26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tel.: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 51



مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat



PT1901104175

05 octobre 2019

## COMPTE RENDU OCT

PATIENT : Mr. NEJJAI Jamal Eddine

05/10/2019

Age : 63 ans

② Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :

- OD : 104 µm
- OG : 106 µm

② Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en camembert :

Supérieur OD/OG : 108/109

Inferieur OD/OG: 101/103

② Rapport C/D : OD : 0.32 OG :0.37

26, Avenue Ibn-Khaldoun - Rabat - Maroc  
Tél : 05 37 67 66 66 (Ligne groupée) - Fax : 05 37 77 72 51  
[contact@cliniquevisionrabat.ma](mailto:contact@cliniquevisionrabat.ma)  
PATENTE : 25741396 - IF : 14471365 - CNSS : 9622425 - INPE : 100061548

[cliniquevisionrabat.ma](http://cliniquevisionrabat.ma)

# CLINIQUE DE LA VISION

## FACTURE

Date : 05/10/2019



Numéro : 13 178

100061548

Nom patient : NEJJAI JAMAL EDDINE

Médecin : DR. CHEFCHAOUNI CHARIF  
OPHTALMOLOGUE

19J051207

PAYANT

Montant

OCT 1 000,00

Total 1 000,00

Arrêtée la présente à la somme de :

MILLE DIRHAMS

*Cir* • مصحة العين الابن  
Clinique de la Vision de Rabat  
ACCUEIL 2  
26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 5

CLINIQUE DE LA VISION

RABAT

Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
19J051215	NEJJAI JAMAL EDDINE	05/10/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	054962	500,00
Total payé		500,00

Clinique de la Vision de Rabat  
26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 51  
**ACCUEIL 2**