

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-454776

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4503	Société :	RAD
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL KABIRI Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661 19 34 34	Total des frais engagés :	1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Doceur Hicham BENJELLOUN Chirurgien Ophtalmologiste 19, Rue Ouled Aïcha Casablanca 20000 - Rabat Téléphone : 05 22 20 45 45			
Date de consultation :			
26/11/2014			
Nom et prénom du malade :			
NASSER LATIFI (APS SAA) Age: 32			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
26 DEC 2013			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : Rabat  
Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 26/11/2014

## **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
20/01/2014	Consultation	1	300,00	INP : 161177211
				Technicien Radiologiste
				Technicien Anesthésiste
				Technicien Anesthésiste

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
2 (mug)	05/02/2005		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D —————— 00000000 35533411   21433552 00000000   00000000 B	G	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'exécution <input type="text"/>

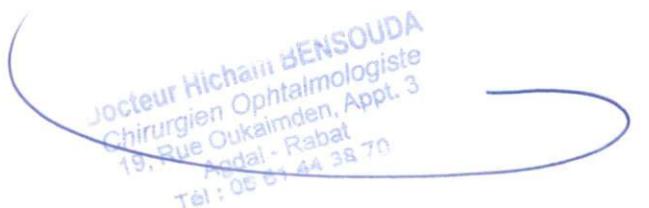
- Lauréat de la faculté de médecine de Rabat
- Membre de la Société Européenne de la chirurgie de la cataracte et de la chirurgie réfractive
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Diplômé en Phaco-émulsification et chirurgie réfractive - Bordeaux
- Diplômé en OCT - Paris
- Diplômé en Maladies de la surface Oculaire - Brest

- خريج كلية الطب بالرباط
- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المياه البيضاء و تقويم البصر
- عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون
- جراحة المياه البيضاء بالمواجات ما فوق الصوتية و جراحة تقويم البصر
- تشخيص و علاج أمراض الشبكية

28/11/2019

Moore Non leiden Hosnoe

- OCT : \*1000,00 دل  
\*Dalle du haut .
- Gonf : \*300,00 دل  
\*Très très bas



**COMPTE RENDU**  
**TOMOGRAPHIE A COHERENCE OPTIQUE MACULAIRE**

**PATIENT : Mme NASSLAHSEN Hasnaa ; 32 ans**

**OPERATEUR : DR BENSOUDA HICHAM**

**CLINIQUE : Baisse visuelle de l'œil droit inameliorable**

**-Œil droit & gauche :**

- Absence d'anomalie de l'interface vitréo-maculaire, entonnoir fovéolaire conservé
- Absence d'épaississement maculaire, DSR et/ou de DEP
- Hyper réflectivité normale du complexe membrane de Bruch-Epithelium pigmentaire

➤ OCT NORMALE

Docteur Hicham BENSOUDA  
Chirurgien Ophtalmologiste  
19, Rue Chaimden, Appt. 3  
Rabat - Maroc  
Tél : 06 21 44 38 70