

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Pathologie 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.

## Formation :

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.

## Prothétique :

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

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

46655

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003297

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13289

Société : SRATI

Actif

Pensionné(e)

Autre : 10 NOV. 2020

Nom & Prénom : MANSOURI Heyem

Date de naissance : 18/11/1986

Adresse : Avenue Steudhal Res. Enajet Im 13 Salle 142 plateau

Télé. : 06 00 7796 69

Total des frais engagés : 2158,7 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



10 NOV. 2020

Date de consultation : 02/09/2020

Nom et prénom du malade : MANSOURI Heyem

Age : 33

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

alloctonie 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 : CASABLANCA

Le : 02 / 11 / 2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/2020         | CS+FD             |                       | 300100                          |  |
| 10/2020         |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 07/2020 | 156170                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre  |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|---------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM      | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 31/10/20       | optique |    |    |    | 200000                          |

### 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 d'état.

| SOINS DENTAIRES                           | Dents Traitées   | Nature des Soins                 | Coefficient                      | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
| MONTANTS DES SOINS                        |  |                                  |                                  | MONTANTS DES SOINS      |
| DEBUT D'EXECUTION                         |  |                                  |                                  |                         |
| FIN D'EXECUTION                           |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX                   |  |                                  |                                  | DATE DU DEVIS           |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | H  | 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553 |                         |
| D   | 00000000   | G                                |                                  |                         |
| B   | 00000000   |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
| MONTANTS DES SOINS                        |  |                                  |                                  | DATE DE L'EXECUTION     |
| [Création, remont, adjonction]            | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |
|   |  |                                  |                                  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ophthalmologie Pédiatrique et Adulte

Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le : .....

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار  
طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات باريس

H912020  
الدار البيضاء في :

Taumuri Neryem

75,70

Zalerg

S.V Alliance

1 fl x 2 f.



S.V

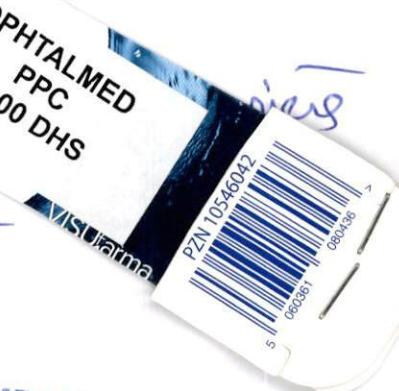
83,00

Xailiu Nkt.

OPHTALMED  
PPC  
83,00 DHS

158,70

univer + Marage



Pr. Med. HAMDANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
24, Rue Imame Alloussi-Bourgogne  
Tél: 0522 27 67 51 Casablanca

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث ( أمام مصحة بد ) بورڭون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 27 67 46 / 51

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdan@yahoo.fr



**OXALIS OPTIQUE**  
*Regency*

6, Av. des F.A.R - Casablanca  
Tél. : +212 522 20 20 44  
E-mail : oxalisoptique@gmail.com

N° 000371

Mansouri

Meryem

~~OXALIS OPTIQUE~~  
*Regency*

~~Casablanca, le 31/10/2014~~  
Tel. +212 522 20 20 44

Ordonnance de M. le Docteur

Mohammed HABIBANI

|  |             |                                     |
|--|-------------|-------------------------------------|
| <b>N° de nomenclature</b><br><i>correspondants à la prescription</i> | <b>Près</b> | OD = .....                          |
| D. F.  |             | OG = .....                          |
| OD = .....   | <b>Loin</b> | OD = $(+15^{\circ} - 0,25) + 0,25$  |
| OG = .....   |             | OG = $(+105^{\circ} - 0,25) + 0,25$ |

**FOURNITURES**

2 Verres .... Optique Shiny F  
..... Anti-reflet  
Montures ..... Optique

1000 ₣/h

1000 ₣/h

TOTAL H.T .....

T.V.A .....

TOTAL T.T.C .....

Arrêtée la présente Facture à la somme de .....

*OXALIS OPTIQUE*  
Casablanca 2014 Milla

6, Av. des F.A.R - Casablanca  
Tél. +212 522 20 20 44

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار  
طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات باريس

Casablanca le : .....

الدار البيضاء في : .....

٨/٩/٢٠٠٢

Mansouer Benyem  
Lunettes  
Vue filtre bleu

$$M = (75^\circ, -0,25) + 0,25$$

$$Ohr = (105^\circ, -0,25) + 0,25$$

OXALIS OPTIQUE  
Rabat

6, Av. des FAR Casablanca  
Tél: +212 522 20 20 44

Pr. Med. HAMDANI  
OPHTHALMOLOGISTE

24, Rue Imame Aloussi-Bourgogne  
Tél: 0522 27 67 51 - Casablanca

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورگون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 05 22 26 66 77 - الفاكس :

24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr