

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº M21- 071044

Maladie       Dentaire       Optique **14CF79**       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5296** Société : **RAM**

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : **HASSANI Ali**

Date de naissance : **01-01-1993**

Adresse : **LOT EL WARIDA RUE 11 N°8 DÉROUA**

Tél. : **0668039717** Total des frais engagés : **2178.80 Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHEBIBI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél: 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07 JAN 2023**

Nom et prénom du malade : **HASSANI Ali** Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : **Ametropie**

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 : **DEROUA** Le : **17/01/2023**

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1 JAN 2023      | CR                |                       | 300,00 Dh                       | Dr. Soumaya CHEBHI HASSAN<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Rue Okba Ibnou Neffis Berrechid<br>Tél : 0522 32 48 47 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| OPTIC CONTACT KHALIL OPTICIEN OPHTALMOLOGISTE INPE Pharmacie PRINCIPALE DEROUA | 16/01/2023 | 18500                 |
|  | 09/01/2023 | 0620491760 NIPE       |

### ANALYSES - RADIographies

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                   |
|---|-------------------|
| H   | 25533412 21433552 |
| 00000000                                  | 00000000          |
| D   | 35533411 11433553 |
| 00000000                                  | 00000000          |
| B   |                   |

[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**

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1er étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة أشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

**09/01/2023**

**Mr. HASSANI Ali**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets**

VL :

OD = + 0.75 (- 0.50 à 160°)

OG = + 0.25

VP :

OD = Add : + 3.00

OG = Add : plan



1/ ARTELAC

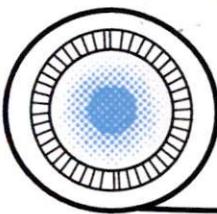
1 goutte 3 fois/jour , les deux yeux

Pharmacie TRINITY DARGOUA  
B.P. 117 Daroua  
Tél: 0522 53 20 83



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii-Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47

optic contact



Opticien

Khalid Admy

Opticien Optométriste



065008021

Facture N° 1633123

Berrechid, le

16/01/2023

Client : HASSANI Ali

| Code | Description  | Total  |
|------|--|--------|
| 481  | Bon vision Vues propres  | 900,-  |
| 428  | Montures de lunettes   | 450,-  |
|      | lentille   | 500,-  |
|      |  | 1850,- |
|      | +0,75 (-0,50 à 160)  |        |
| 00   | PTAK CONTACT<br>OPTICIEN<br>OPTOMETRISTE<br>OPTICAL<br>OPTIQUE<br>OPTIC<br>OPTIC CONTACT<br>OPTIC CONTACT<br>OPTIC CONTACT<br>OPTIC CONTACT<br>OPTIC CONTACT | 3,00   |

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

Le vingt Sept cinquante Dalal