

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>8244</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BENTALER ABDELWAHED</b>			
Date de naissance : <b>07/01/1963</b>			
Adresse : <b>40, Rue OKBA BEN AI AFFAA, BERRECHID</b>			
Tél. : <b>0661 93 39 88</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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) : 

### 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 : [REDACTED]

### EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. ARRABE Angie Rue Okba CHEIKH Rue Madina 10000 Dakar</i>	16/03/13	199,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

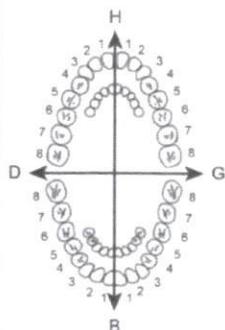
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

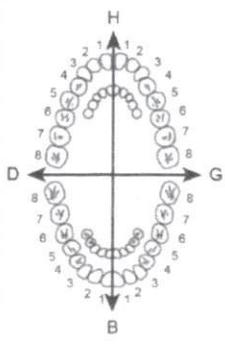
Cachet et signature du Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>OPTIQUE OCHOD Opticien Berrechid, Youssef HAFI 0658673541</i>	16/03/13					200,00

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXÉCUTION

FIN D'EXÉCUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXÉCUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433562
D	00000000
	00000000
	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

**OPHTHALMOLOGISTE**

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

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



**الدكتورة اشبيهي حسني سمية**

احترافية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطبقي الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

**16/02/2023**

**Mme BENTALEB Hadda**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets**

**VL :**

**OD = + 0.25 (- 1.00 à 60°)**

**OG = Plan (- 0.75 à 120°)**

**VP :**

**ODG = Add : + 2.75**

*158.00*

**1/ CATIONORM COLLYRE**

1 goutte 3 fois / jour, les deux yeux

*41.00*

**2/ GEL LARMES**

1 goutte 3 fois / jour (1 tube), les deux yeux



**Cationorm®**

Multi  
Emulsion  
Ophtalmique

**PPC 158,00 DH**

**GEL-LARMES** - gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV 14000 DH

**PHARMACIE FATIMA SAINTE**  
Ans. Rue Okba Ben Nafii  
& Rue Medine BERRECHID  
TEL 0522 33 /  
*199.00*

**Dr. Soumaya CHEBIHI  
OPHTHALMOLOGISTE**  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél: 0522 32 48 47

optique  
Ouhoud

## **FACTURE**

Date : 01/03/2023

**CLIENT:** HADDA BENTALEB

**Numéro:** 55216392

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE RAYBAN	1	1 000.00
VD	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT 1.5 GREEN	1	500.00
VG	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT 1.5 GREEN	1	500.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b>CORRECTION VISUELLE:</b>			
Dr. CHEBIHI HASSANI SOUMAYA			
LOIN : OD +0.25 (-1.00.60°) OG:PLAN (-0.75,120°)			
PRES: OD OG			
ADD : OD +2.75 OG:+2.75			
<b>Total TTC:</b>			<b>2 000.00</b>
Taux TVA:			20%
Montant TVA			400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE DIRHAMS TTC.**

