

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e),  Autre :

Nom & Prénom : EL TIRARI Abdellah 163238

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : 246 lotissement EL MAFRAK Dénia

Tél. : 06.67.51.34.60 Total des frais engagés : 619,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Authorisation CNDP N°: AA215 / 2019



Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 AVR. 2023

Nom et prénom du malade : El Jezzani AS. Abdellah 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 : Déneuve Le : 28/04/2023

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
17 AVR 2023	S2		300.00	Rue Dr Soumaya CHEBIH HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Tél : 0523 55 44 77
10 MAI 2023	Cientistique			Dr. Soumaya CHEBIH HASSANI OPHTHALMOLOGISTE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel : 0522 52 46 47 Montant de la Facture
	28/10/23	155,00
	10/11/23	177,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D**: Upper left quadrant, containing teeth 5, 6, 7, and 8.
- G**: Upper right quadrant, containing teeth 1, 2, 3, and 4.
- B**: Lower right quadrant, containing teeth 1, 2, 3, and 4.
- A**: Lower left quadrant, containing teeth 5, 6, 7, and 8.

#### [Création, remont, adjonction]

	L'EXECUTION	

**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**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

**10/05/2023**

**Mr. EL JIRARI Abdesslam**

**PHARMACIE EL OUMOUMA**

244 lotissement el wafaa

**1/ LOTEMAX:COLLYRE** Dersua

Fix : 05.22.53.20.54

1 goutte 5 fois/jr pdt 5 jours

1 goutte 4 fois/jr pdt 7 jours

1 goutte 3 fois/jr pdt 7 jours, œil droit

**2/ OXYAL: COLLYRE**

1 goutte 3 fois/ jour, les deux yeux

**PHARMACIE EL OUMOUMA**  
244 lotissement el wafaa

Dersua  
Fix : 05.22.53.20.54

AMM Maroc N°: 60/20/DM

PPV = 112,50 DHS

LOTMAX est une marque  
Incorporated ou déposée  
© 2020 Bausch & Lomb

Bausch & Lomb

و Bausc

**RIMAPHARMA**

P.V.C.

65 00 DH

**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Rue Okba Ibn Nafii - Berrechid  
Tél : 05 22 32 48 47

**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**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطريق الأول - برشيد

الهاتف: 05 22 32 48 47

Berrechid, le

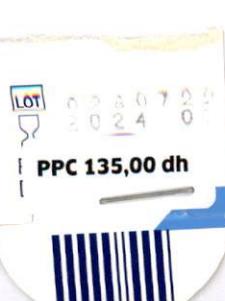
**27/04/2023**

**Mr. EL JIRARI Abdesslam**

١٣٥,٦٠

**1/ HYDRAMED NIGHT**

1 appli le soir , les deux yeux, 1 Mois



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