

# 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

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

266112

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0023828**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2909 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJELLA Nafissa Date de naissance : 01/01/56

Adresse : El Bassagu 06 TISSIRI IX BERRECHID

Tél. : 0660 23 73 18 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHEHILI HASSAN  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47

Date de consultation : 13 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : DEBBAGH CHADIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Anisotropie

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) : Chadie

### 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
13 JUIN 2023	Cr + FODC1	400,00	Dr Soumaya CHEHAB OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ibn Nafaa Tél : 0522 324817	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Araf 133 Rue El Moudawia BERRECHID Tel: 05 24 23 64 01	13/06/23	66,00

### 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	
UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES Inn Zinou N°1 Rue El Mansour MICHOUA MAADIA ICE: 00185437000092	21/06/23	400,00	400,00

### 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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G				

**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

**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 اشبيهي حسني سمية**

إختصاصية في أمراض وجراحة العين

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكيّة - الليزر

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

Berrechid, le .....

**13/06/2023**

**Mme DEBBAGH Chadia**

**Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Antireflets multi-couches**

**Vision de loin :**

**OD = + 0.50 (- 1.25 à 65°)**

**OG = + 0.50 (- 1.25 à 90°)**

**Vision de près :**

**ODG = Add : + 3.00**

**66.00**

**1/ VIS relax**



**1 goutte 3fois/jr , dans les deux yeux**

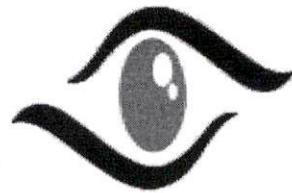
**66.00**



**Pharmacie ALAFAC**  
3,5 Rue Ibn Alouf Mad  
- BERRECHID -  
Tél: 05 22 39 64 01



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

**Facture****Facture N° :**

423

**Date :**

21 / 06 / 2023

**Client :**DEBBAGH  
CHADIA**STE UNIVERS OEIL**

RUE EL MANSOUR DAHBI IMM

ZINOUN MAG N°3

Tel: 0640038795

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+0.50	-1.25	65	+3.00
VLVPG	+0.50	-1.25	90	+3.00

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.5 PHOTOCROMIQUE ANTI UV	1	1500.00	1500.00
2	PROG ORG 1.5 PHOTOCROMIQUE ANTI UV	1	1500.00	1500.00
3	Monture 1	1	1000.00	1000.00

TVA	20%	Total TVA	666.67
Total HT	3333.33	Net à payer	4000.00

**Arrêtée la présente facture à la somme :**

quatre mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

STE UNIVERS OEIL – RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG N°3 – 0640038795 –  
IF: 24813124 - ICE: 001961779000078 - RC:20197 - TP:39575601