

# 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050877

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL JIRAJI Abdelhamid  
 Date de naissance : 05.01.1952  
 Adresse : 246 Lotissement EL WAFIA ANNAJ  
 Delyoua  
 Tél. : 06 67 51 34 60 Total des frais engagés : 1000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI  
 OPHTA MOLOGISTE  
 Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
 Tél : 0522 32 48 47  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 26 JUIN 2023  
 Nom et prénom du malade : KOUZI Fatima Age: 68  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection 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 : Delyoua Le 04.07.2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
JUN 2023	Contrôle			Dr: Soumaya CHERHI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafi Berrechid Tél : 0522 32 48 47

# Controlle

Dr: Soumaya CHERHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafi Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47

[illegible]

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/06/93	Laser Mignon	Fc 4.00 D.H. Fm 6.00 D.H.

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

4/10/23	Kaiser Magon	FC Load H
		FM 600 DH

[illegible]

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

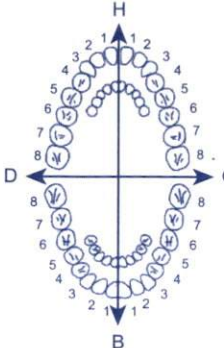
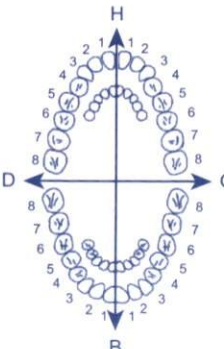
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
										
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">                     00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </td> </tr> </table>				<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000		D	G	00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000										
D	G									
00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>										
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						

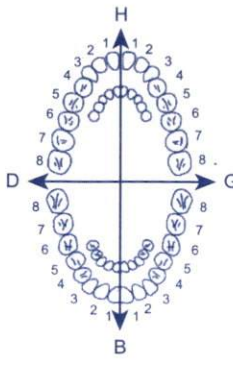
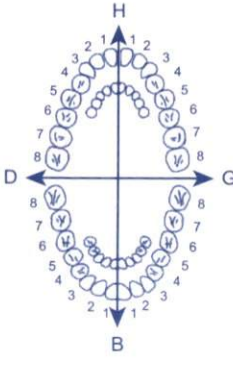
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
					<div>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div><div>D</div><div>H</div><div>G</div><div>B</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				<div>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 14682 / 2023 du 07/06/2023

Nom patient **KOUZI FATIMA**  
**PAYANT**

Entrée 07/06/2023

Sortie 07/06/2023

**LASER ARGON**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER ARGON	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

DR. CHEBIHI HASSANI S (ophtalmologue)	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>1 000,00</b>
MILLE DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
CAISSE  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 40 8 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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

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



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

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

Berrechid, le 26 JUN 2023

Dr. Soumaya, certifie que  
M<sup>me</sup> Kouzi Fatima a bénéficié  
d'une séance de laser / OCT  
le 07, 06, 2023. (Complément  
de laser)  
Certificat délivré à la moi  
de l'intervenée pour servir  
et faire valoir ce que  
de droit.

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

latus infero - normale . et supero - nes.  
OG

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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

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



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

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

Berrechid, le 23 MAI 2023

M<sup>me</sup> Kouzi Fekir

Lere OG

Dibetatur OG

Mok d'houweires :

DH  
1000,00

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