

# 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  
M23-004573

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société : MUY  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ELHAIL MARIAM  
 Date de naissance : 17/05/1966  
 Adresse : MÈME ADRESSE A71626  
 Tél. : 0675 684193 Total des frais engagés : 4322,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin Soumaya CHEBBI HASSANI

Cachet du médecin :  
 OPHTALMOLOGISTE  
 Rue Othman Ibnou Naïil Berrechid  
 Tél : 0522 32 48 47  
 Date de consultation : 18 MAI 2023  
 Nom et prénom du malade : ELHAIL MALIKA Age: 57ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Amétropie  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 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 : 130203040 Le : 18/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
8 MAI 2023	Ca		300,00 dh	Dr. Soumaya CHEHAR MESSAN CENTALMOLGUSSE Rue Ouba Ithou, Bab Berrechid Tél: 0522 52 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAO 1.3.5 Rue Ila Abou Medi BERRECHID Té: 05 22 33 64 01	18/05/23	22,60

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
		A M	PC	IM	IV	
UNIVERS ŒIL Zinoun N°1 Rue El Mansour Dahbi N°3 MOHAMMADIA ICE: 001856379000092 TEL: 05 23 30 86 44	10/02/23					4000,00 dh
UNIVERS ŒIL 1 Rue El Mansour Dahbi N°3 HAMMADIA TEL: 05 23 30 86 44						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> 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 type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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 للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف: 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

18/05/2023

**Mme EL HAIL Malika**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL :

OD = + 0.50 (- 1.00 à 100°)

OG = + 1.00 (- 0.50 à 65°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

UNIVERS ŒIL  
Imm  
N°1 Rue El Mansour Dahbi N°3  
MOHAMEDIA  
05 23 30 86 44

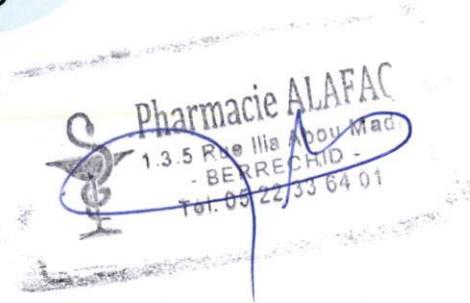
22,60

1/ FLUCON:COLLYRE



1goutte 5fois/jr pdt 5jours  
1goutte 4fois/jr pdt 5jours  
1goutte 3fois/jr pdt 5jours, œil gauche

22,60



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

## Facture

	<b>Facture N° :</b>	<b>STE UNIVERS OEIL</b> RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG N°3 Tel: 0640038795
	547	
	<b>Date :</b>	
	10 / 08 / 2023	
<b>Client :</b>	<b>EL HAIL MALIKA</b>	

<b>VS</b>	<b>SPH</b>	<b>CYL</b>	<b>AXE</b>	<b>ADD</b>
<b>VLVPD</b>	<b>+0.50</b>	<b>-1.00</b>	<b>100</b>	<b>+2.75</b>
<b>VLVPG</b>	<b>+1.00</b>	<b>-0.50</b>	<b>65</b>	<b>+2.75</b>

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.5 AR blue	1	1500.00	1500.00
2	PROG ORG 1.5 AR blue	1	1500.00	1500.00
3	Monture 1	1	1000.00	1000.00

<b>TVA</b>	20%	<b>Total TVA</b>	666.67
<b>Total HT</b>	3333.33	<b>Net à payer</b>	4000.00

Arrêtée la presente 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: 24815124 - ICE: 001961779000078 - RC:20197 - TP:39575601

**UNIVERS OEIL**  
Imm Zinoun N°1 Rue El Mansour Dahbi N°3  
MOHAMMED DJA  
ICE: 001856379000092 / TEL: 05 23 30 86 44