

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-012455

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7531

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : LACH-GAR FATIMA

Date de naissance : 20/12/1950

Adresse : INB LACH-GAR ET NICH 1<sup>e</sup> ETAGE AIR 3

Tél. : 06 66 82 05 66 Total des frais engagés : # 2709,00 # Dhs

DR. CHABBI Mohammed



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/07/2023

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection de la veuve

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 : DR. Chabbi

Le : 19/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## **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
19/07/2023	a		200,-	CHAHBI Mohamed Ophtalmologiste Bab el oued, 2 Date : 19/07/2023 Signature : CHAHBI Mohamed

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CLAUDE BERRADA BERRADA M'hdi Tel: 05 23 32 55 20	19/7/23	159,50

## **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
		AM	PC	IM	IV	
<b>OPTIQUE SAFY</b> Chadia SAFY Opticienne - Optométriste Bd Sébia, Imme. Journessol N°6 Magasin N° 2 Mohammedia 05 23 28 67 89	15/09/2023		monture + verres			2350,00 DH

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

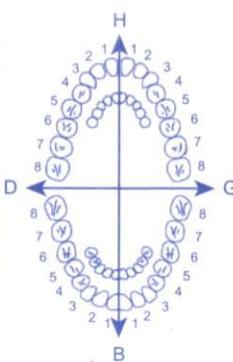
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



## **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>H</b>																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<b>D</b>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<b>B</b>																
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE SAFY  
INPE N° 095006490

Mohammedia le 15 Août 2023

FACTURE N° 6564

NOM : Mme LACH-GAR FATIMA

Ordonnance du Docteur		CHAHBI Mohammed				
	œil droit			œil gauche		
	sph.	cyl.	axe	sph.	cyl.	axe
Vision de Loin	PLAN	-0,50	80°	-0,25	-0,50	125°
Vision de Près	Add. + 3,00					
Désignation					Prix TVA Incluse	
Monture :	CELLULO				750,00	
VERRES :	PROGRESSIF INDO ACTIVA 1.5 ANTI-REFLETS					
OD :	PLAN	(- 0,50 à 80°)			1 600,00	
OG :	-0,25	(- 0,50 à 125°)				
ADDITON :	ODG : Add. + 3,00					
TOTAL	DEUX MILLE TROIS CENTS CINQUANTE DIRHAMS				2 350,00	
DROIT DE TIMBRE					0,25%	5,88

OPTIQUE SAFY  
Chadia SAFY  
Opticienne Optométriste  
Bd. Sebta, Tournessol n°6  
Magasin n° 2, Mohammedia  
Tél. 05 23 28 67 89

Bd. Sebta Imm. Tournessol n°6 magasin n° 2 28000 Mohammedia Tél. 05 23 28 67 89  
RC 12 222 IF 54502043 PATENTE 39241520 ICE 00182 97 28 0000 26  
CNSS 4641131 INPE N° 095006490

**Docteur Mohammed CHAHBI**

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

**الدكتور محمد شهبي**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتاني و بالمركز الفرنسي للعيون

و بمؤسسة جراحة العيون 15-20

روتشيل بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خبير تصحيح البصر باللزيك

M<sup>e</sup>. LACHGAR Fatiha



159,50

**EYESTIL Plus**

1 gtteX 4/j pdt 3mois

PHARMACIE CLAUDE MONET  
BERRADA Mehdi  
lot Wafa N° 73 Mohammedia  
Tel: 05 23 32 55 20

**A renouveler**



**PPC: 159,50 DH**

Lot 018 21/B  
2025/09



544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Patente N° : 34082698 - Identifiant Fiscal N° : 37521862  
ICE N° : 002281194000046 - RC N° : 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15   +212 522 29 66 00 / 60  
+212 522 86 46 18   +212 522 86 46 21  
+212 522 86 46 19   clinicoeil.california@gmail.com  
+212 522 86 46 20   www.clinic-oeil.com

# Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTHALMOLOGIE  
(Maladies et Chirurgie des yeux)  
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER  
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie  
de la fondation Rothschild-département  
d'Oculo-plastie  
Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

# الدكتور محمد شهبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية باريس  
داخلي سابق بـ بـكـرـيـتـاـبـ و بالـمـرـكـزـ الفـرـنـسـيـ لـلـعـيـوـنـ  
و 15-20 بمـؤـسـسـةـ جـراـحةـ الـعـيـوـنـ  
روـشـيلـ بـبارـيـسـ  
طـبـيـبـ سـاـقـيـ بـالـبـنـكـ الـفـرـنـسـيـ لـلـعـيـوـنـ  
خـبـيرـ تـصـحـيـحـ الـبـصـرـ بـالـلـيـزـكـ

19/07/2023

M = LACHGAR Fatima

$$\begin{aligned} x &= -0,5 - 80' \\ y &= -0,25 (-0,6 - 12') \end{aligned}$$

W  
mt 3

DR. CHAHEB Mohammed  
Opticien Optométriste  
544, bd. Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tel: 05 22 20 15 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 20 15 60 / 00

OPTIQUE SAFY  
Chadha Optométriste  
84, Sidi El Mekki, Casablanca, Maroc  
Nagashiyah - 05 22 28 67 89