

## 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 |

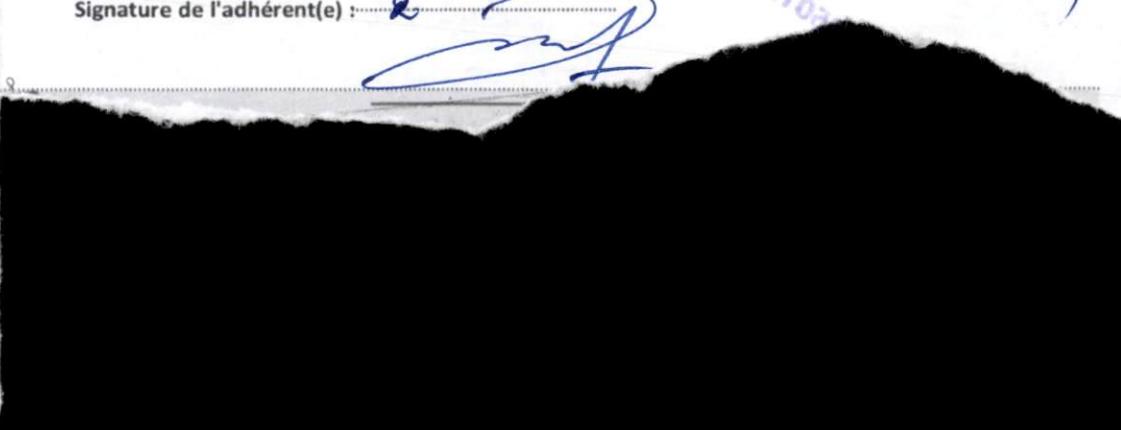
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-819041

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>72780</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>EL WATTAH Amine</b>
Nom & Prénom : <b>EL WATTAH Amine</b>			
Date de naissance : <b>04 / 08 / 1986</b>			
Adresse : <b>8, Rue Rayana, lot Al Madania, Hay EL Houda, Ben Chechid.</b>			
Tél. : <b>06 62 77 98 40</b>	Total des frais engagés : <b>5000, 00 Dhs</b>		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	<b>Dr. Sounaya CHEBIFI HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél : 0522 32 48 47</b>	
Date de consultation : <b>11 JAN. 2024</b>	Amine	
Nom et prénom du malade : <b>ELWATTAH</b>	Age:	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Anémioptie</b>		
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 : **Casablanca** Le : **24 JAN. 2024**  
Signature de l'adhérent(e) : **Amine**



## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

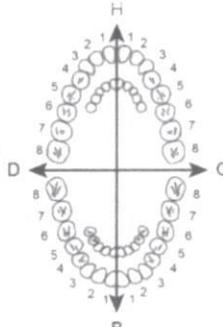
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
HATIM Jaafar Optophtalmologue 40, rue Al-Horafa, Saâda t: 05 23 28 19 39 35019279	22/6/24					4700/M

# 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	INP : <input type="text"/>															
  <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																			
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	00000000		00000000	35533411	11433553	B	
	H	21433552																	
	25533412	00000000																	
	00000000	00000000																	
	D	00000000																	
	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																			
<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



SETAGENERAL D'OPTIQUE

By Hatime

## OPTIQUE - OPTOMETRIE - LENTILLE DE CONTACT

Facture N° : 59200/24

Mohammedia le : 22/01/24



095019279

Mme / Mr : ALINE ELWATTAH

Dr : SOUMAYA CHEBKI HASSANI

VL

VP-Add

OD: -9,50 (-2,00 à 135°) OD: \_\_\_\_\_

OG: -11,00 (-2,75 à 35°) OG: \_\_\_\_\_

Monture

Verres

optique

Rineal AR 19  
3900,00 DH

800,00 DH

Total à payer : 4700,00 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Sept cent DHS

Rnath Rille

Cachet et signature

40, Boulevard Achorafa, Saada, El Alia, Mohammedia - Tél: 0666474525

Patente N° : 3653246 - RC N° : 18891 - IF N° : 20699296 - ICE N° : 001587406000070

HATIM Jaafar  
 Opticien Contactologue  
 SETAGENERAL D'OPTIQUE Mohammedia  
 Tel: 05 25 21 939  
 CP AU MOHAMMEDIA  
 Tél: 05 25 21 939

**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**

باحتصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

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

Berrechid, le .....  
**11/01/2024**

**Mr EL WATTAH Amine**

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

**Vision de loin :**

OD = - 9.50 (- 2.00 à 135°)

OG = -11.00 (- 2.75 à 35°)

**1/ CORRECTOL collyre**

1 goutte 4fois/jr pdt 15jr, dans les deux yeux

HATIM Jaâfar  
Ophtalmologiste Contactologiste  
40, Bd Saghara, Saâda  
Mohammedia  
Tél: 05 23 28 10 21

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