

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## Biologie 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

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4953**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHELLIQ HOUSSINE**

Date de naissance : **01-01-1961**

Adresse : **CHARAÏZ AÏN SERRAH ZONE D Énum 8 App 11  
CASABLANCA**

Tél. : **0661302886** Total des frais engagés : **4200,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin **DR ROOAI CHAOUI Rachid**

الدكتور : رشيد رعبي شاوي  
**Ophthalmologiste**  
32 Bd. Abirr El Ghafari Sidi Berhouis  
Casablanca - Tél : 05 22 76 58 58

Cachet du médecin :

Date de consultation : **18 SEP. 2020**

Nom et prénom du malade : **CHELLIQ HOUSSINE** Age : **59**

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **RAM**

Le : **19/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **CHELLIQ HOUSSINE**

#### **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
10 SEP. 2020	6	+	200 DH	 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	19.10.9120					4000,00ct

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important:**

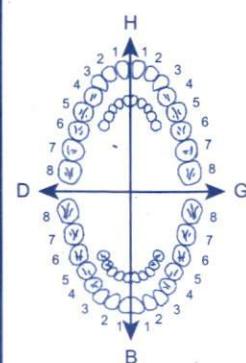
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Dr. ROQAI CHAOUI Rachid**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie  
de l'Hôpital Med V à El Jadida  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie Laser

**الدكتور رقعي شاوي رشيد**

إختصاصي في أمراض وجراحة العين  
رئيس سابق لقسم أمراض العيون  
بمستشفى محمد الخامس بالجديدة  
أنجيوغرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : ..... 10/09/2020 ..... الدار البيضاء، في

**MR CHELLIQ HOUSSINE**

**Verres correcteurs :**

**- Vision de loin**

OD : (0°, +0,75) +0,75

OG : (0°, +0,75) +0,75

**- Vision de près**

OD : Add +2,75

OG : Add +2,75

**Nature des verres**

Progressifs

**+ Monture**

شارع أبي ذر الغفارى - حي ام الـ 3 - سيدى البرنوصى . ( أمام مقهى إيشيليا ) . الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 76 58 58  
32, Boulevard Abidar El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi - (en face du café Ichbilia) - Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58  
E-mail : chaoui.ophtalmo@hotmail.com

Dr ROQAI CHAOUI Rachid  
دكتور رقعي شاوي رشيد  
Ophtalmologiste  
32 Bd. Abidar El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tel : 05 22 76 58 58

**POWER VISION as**  
**R.C:343903 / PATENTE:37961632 / IF : 1874450 /**  
**ICE : 001549937000023**  
RES Robert n°8 Bd Chefchaouni - Ain Sebaâ  
20230 CASABLANCA  
Tél: 0522660741 M. HC

M. HOUSSINE CHELLIQ

FACTURE N° : F20/0726

Date : 19/09/2020

Préscrit par : ROQAI CHAOUI RACHID  
N° ID :

En date du : 10/09/2020

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
3333.33	666.67	4000.00		4000.00 Dh

OPTIQUE VOUZ REMERCIER POUR VOTRE VISITE

**POWER VISION**