

# 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.

## Diagnostique 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 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° P19- 054023

9394

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1685 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJJI med

Date de naissance : 1952

Adresse : CITE DE L'AIR BP. DULED. AHRIZ N° 2-B

NOUACEUR

Tél. : 0651.7062.28 Total des frais engagés : 3000 + 2000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 28 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : Dama Amima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
28 AOUT 2021	52		300,00	Dr. Soumaya CHERIHI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél : 052232 48 47

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPHTICONTACT Pharmacie Khalid BERRECHID Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél : 052232 48 47	30/09/2021	2500,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

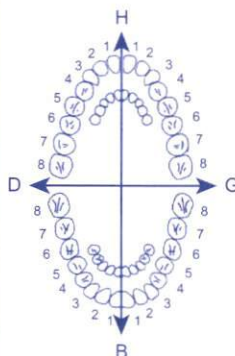
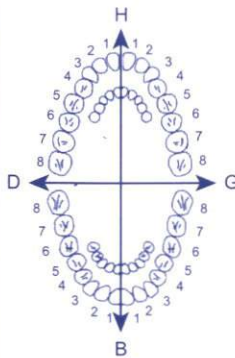
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

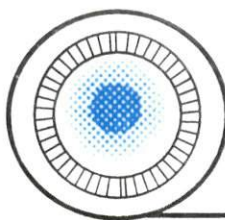
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# optic



# ntact

Opticien



065008021

**Khalid Admy**

Opticien Optométriste

Facture N° 873/21

Berrechid, le 30/09/2021

Client : M. Douma Amine

Code	Description	Total
431 430	R Vision des yeux pop optique & 6/2m — — — — —	700 700 The
	Rim	2000
	01 (-0.75 à 80) + 2.00 06 (-1.00 à 80) + 2.00 Cef	450 3.00
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		
Deux mille six cents		

**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 .....

**28/08/2021**

**Mme DOUMA Amina**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets**

VL :

OD = + 2.00 (- 0.75 à 85°)

OG = + 2.00 (- 1.00 à 85°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

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

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



**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

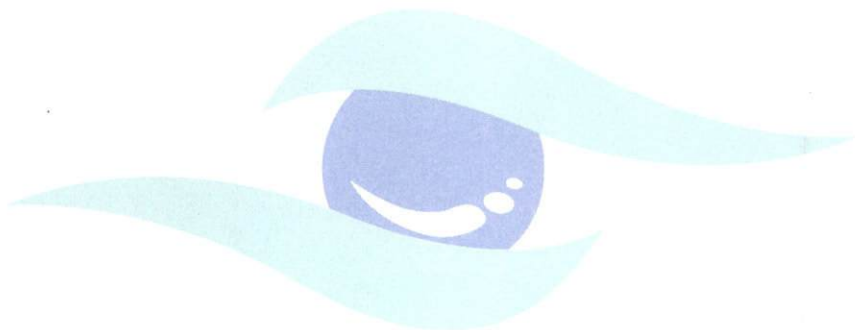
إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

**28/08/2021**

**Mme DOUMA Amina**

**OCT MACULAIRE  
OCT DU NERF OPTIQUE**



**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid  
Tél.: 05 22 32 48 47