

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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° M21- 0036421

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.10

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAARIFI LARBI

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : 16 RUE 1 HAY EL HOUDA
BERRE CHID

Tél. : 0661139022

Total des frais engagés : 4406,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 01 MARS 2022

Nom et prénom du malade : ECFA ROUKI MALIKA Age: 65 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aménorrhée

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 : Berrechid

Le : 21/3/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01 MARS 2022	G	300,00	300,00	DR. Soumaya CHEBBI HASSANI OPTICIEN DENTISTE Rue Okba Ibnou Nafi Benrechid Tél: 0522 34 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
الربيعى Pharmacie Mosquée Riad	01/03/22	106,00
DR. SITI AM TAKIF		
No. 12 Mousquée Riad		
May 2022 0522 34 48 47		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
FAKIR OPTICIEN VISION EXPERTISE Opticien Optométriste 37 N°12 CD. Casablanca 0522 315 375 / 0522 741 321	17/03/22					4000,00

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 canalaire, ainsi que le bilan d'état de la dent.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	00000000 11433553
B	G

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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
1er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

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

01/03/2022

Mme EL FAROUKI Malika

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets**

VL :

OD = + 1.25 (- 0.25 à 55°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 80°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 3.00

1/ GEL LARMES

1 goutte 3 fois/ jour (1tube), les deux yeux

2/ OXYAL: COLLYRE

1 goutte 3 fois/ jour, les deux yeux



RIMAPHARMA

PVC

65 00 DH

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

f: 106,00

EL FAKIR



OPTICIEN

Lunetterie-optométrie-lentille de contact

KHALID EL FAKIR OPTICIEN OPTOMETRISTE

Facture N°: 11F.1.2022

Client (e) : EL FAKIR Malika
Casablanca : 11F.1.03.1.2022

EL FAKIR OPTICIEN
Opticien Optometriste
Casablanca 37 N° 12 C.D. Casablanca
Tel. 0522 375 375 0522 291 585

DESIGNATION	QUANTITES	MONTANTS UNITAIRES TTC (DHS)	TOTAL TTC (DHS)
monture apL1-e	01	1000,00	1000,00
Venes apL1-e progressif ergo → Antireflets	02	1500,00	3000,00
TOTAL TTC			4000,00

Arrêter la présente facture à la somme de:

Mode de paiement espèce

	S	CY	AX
OD	+1.27 -0.27	X	573
OG	+0.50 -0.25	X	125
ADD	+5.75	X	575

ICE : 000941540000083 – RC : 377318 – PATENTE : 37411673

IF : 49016648 - Le code INPE : 095003471

