

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

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° W21-722278

12405

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11923 Société : 2dm

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SETACH MUSTAPHA

Date de naissance : 22/10/77

Adresse : 25 Ghawla Dr Iv Anbar

Tél. : 0661486382

Total des frais engagés : 2125,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/22

Nom et prénom du malade : HAFSA SETACHI Age :

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

Nature de la maladie : Herpès

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 : 16/07/22 Le : 16/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNBP N° : A A 215/2019


VOI ET ADHÉRENT



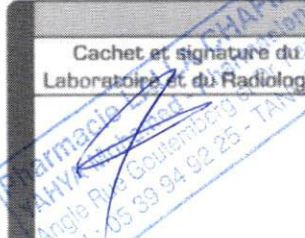
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/07/22	C2	0.1	2500dh	INP : 161267158

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
	6/7/22	1800, dh

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	6/7/22		75,70

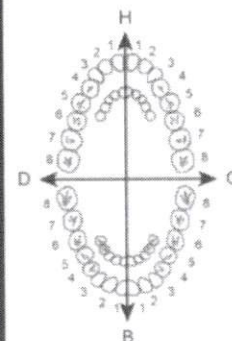
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

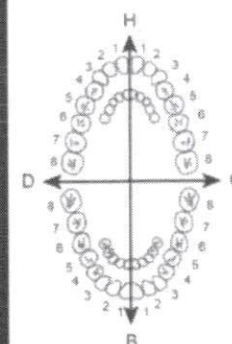
# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



Traitements


COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



**DR. Samia El Haouzi**

**Ophthalmologiste  
Chirurgie et maladies  
des yeux adultes et enfants**



**الدكتورة الحوزي سامية**

**اختصاصية في طب وجراحة  
العيون للكبار والصغار**

- Ancien médecin au centre national d'ophtalmologie des quinze-vingts à Paris
  - Ancien médecin à L'Hôpital des spécialités de Rabat
  - Ancien médecin interne au CHU de Rabat
  - Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
- طبيبة سابقة بالمستشفى الوطني لطب العيون 15-20 بباريس
  - طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط
  - طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط
  - خريجة كلية الطب بالرباط وباريس

**طنجة في : 06/07/22**

**Hafsa setachi**

**les 2 yeux :**

**\*zalerg collyre**

**1goutte x 2 par jour 2 mois**

6 118001 102495  
ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 D  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Date de première ouverture  
تاريخ الفتح الأول مرة

**Pharmacie LALLA CHAFIA**  
YAHYA Mohamed - Pharmacien  
Angle Rue Gutenberg et Dr. Faraj  
Tél.: 05 39 94 61 26 - TANGER

**الدكتورة سامية الحوزي**  
Spécialiste en ophtalmologie  
Av. des Imm. Atento 3ème étage  
N°3 - Tanger - Tél.: 0539322929





- Ancien médecin au centre national d'ophtalmologie des quinze-vingts à Paris
  - Ancien médecin à L'Hôpital des spécialités de Rabat
  - Ancien médecin interne au CHU de Rabat
- Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
- طبيبة سابقة بالمستشفى الوطني لطب العيون 15-20 بباريس
  - طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط
  - طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط
- خريجة كلية الطب بالرباط وباريس

طنجة في : 06/07/22  
Tanger le : .....

L'enfant hamza setachi

Verres incassables de loin :

OD : +1.25 (-1 à 175°)

OG : +1 (-0.75 à 175°)

+MONTURE

**بصريات**  
**OPTIQUE**  
HORIZON  
3931  
GOURY

Spécialiste en ophtalmologie  
Dr. Samia El Haouzi  
N° 3 - Tanger - Tél: 05 39 32 29 29



**FACTURE**



165003047

CLIENT: SETACHI HAMZA	DATE :06/07/2022
OPHTALMO: SAMIA EL HAOUZI	
DATE DE PRESCRIPTION: 06/07/2022	N° :0222/22

Désignation		Qté	Prix TTC
LOIN:			
	MONTURE OPTIQUE	1	550.00
OD	+1.25(-1.00,175°) OPTIBEN UNIFOCAL ORGANIQUE 1.56 AR 1.56	1	300.00
OG	+1.00(-0.75,175°) OPTIBEN UNIFOCAL ORGANIQUE 1.56 AR 1.56	1	300.00

Total HT	TVA 20%	Total TTC
958.33	191.67	<b>1 150.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de: **MILLE CENT CINQUANTE DIRHAMS .TTC.**

MODE DE PAIEMENT: ESPECES

Opticien Optométriste  
**SAOURY Khalid**  
Aut.: N°5957

**OPTIQUE**

**HORIZON**

Khalid SAOURY

**ICE : 000506860000025**