

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

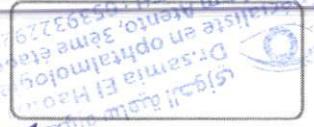
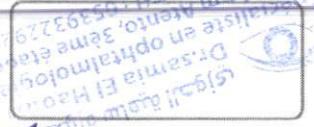
N° W21-722276

A24016  
Autres



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 11923		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SETACHI HAMZA		
Date de naissance : 921117		
Adresse : 105 Avenue Mohamed Fakir		
Tél. : 05 22 20 45 45		
Total des frais engagés : Dhs		

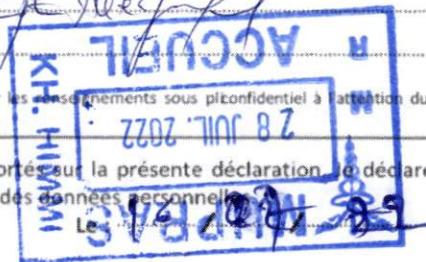
Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 06/07/2022		
Nom et prénom du malade : HAMZA SETACHI	Age:	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Allergie et atopie		
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 : 05/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
06.07.12	C2 + F2	91	370	16 R6 7158
				DRS 2012 - 07-06-2012 DENTISTE EN OPTIQUE DR SAMIR EL HADJ OPTICIEN DENTAIRE DR SAMIR EL HADJ OPTICIEN DENTAIRE
				DR SAMIR EL HADJ OPTICIEN DENTAIRE
				DR SAMIR EL HADJ OPTICIEN DENTAIRE

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIONAL PHARMA HORIZON	6/7/12	1110.- dh

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie LAIA Tél: 03 39 34 02 25 - TNG	6/7/12		90,70

### 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.

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 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
[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	

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



**اختصاصية في طب وجراحة  
العيون للكبار والصغار**

- Ancien médecin au centre national d'ophtalmologie des quinze-vingts à Paris

• طبيبة سابقة بالمستشفى الوطني لطب العيون 20-15 بباريس

- Ancien médecin à l'Hôpital des spécialités de Rabat

• طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط

- Ancien médecin interne au CHU de Rabat

• طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris

خريجة كلية الطب بالرباط وباريس

Tanger le : 06/07/28 طنجة في :

L'enfant hamza setachi

les 2 yeux :

\*opatanol collyre

1 goutte x 2 par jour 1 mois





- 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

طجة في : ..... 26/07/22 .....  
Tanger le :

**OPTIQUE HORIZON**  
الأفق  
Khafid SAOURY Opticien Optométriste  
Rue Gutenberg N°86 Lalla Chafia  
Tel: 05 39 37 00 17 TANGER

Hafsa setachi

Verres incassables de loin :

OD : -1.25 (-1 à 160°)

OG : -2 (-0.75 à 175°)

+MONTURE

(blue frame)

Dr. Samia El Haouzi  
Spécialiste en Ophtalmologie  
N°3 - Immeuble Atento, 3ème étage  
Av. Fès, Imm. Atento, 3ème étage  
Tanger - Tel: 0539322222



165003047

## FACTURE

CLIENT: SETACHI HAFSA  
OPHTALMO: SAMIA EL HAOUI  
DATE DE PRESCRIPTION: 06/07/2022

DATE :06/07/2022  
N° :0221/22

<b>Désignation</b>		<b>Qté</b>	<b>Prix TTC</b>
<u>LOIN:</u>			
	MONTURE OPTIQUE	1	800.00
OD	-1.25(-1.00,160°) BBGR UNIFOCAL ORG 1.6 BLUVBLUE 1.6 AS 1.6 75	1	500.00
OG	-2.00(-0.75,175°) BBGR UNIFOCAL ORG 1.6 BLUVBLUE 1.6 AS 1.6 75	1	500.00

Total HT	TVA 20%	Total TTC
1 500.00	300.00	<b>1 800.00</b>

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

MODE DE PAIEMENT: ESPECES

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



ICE : 000506860000025