

## 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

- 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W21-720162

124541

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 08652 Société : R.A.M.			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : MAAZOUIS MUSTAPATA			
Date de naissance : 10/01/1970			
Adresse : 14 Rue ABOU DAB AL GHAFI, 22AHA			
Boulejelidh			
Tél. : 0670 56 20 56 Total des frais engagés : 1428,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
	Dr Soumaya CHEBIH HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue Othba Benou Nabi El Ferchid Tél : 0522 32 48 47
	Date de consultation : 23 JUIN 2022
	Nom et prénom du malade : Machrafi Bilel Age : 8ans
	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : Affection oculaire
	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 : Boulejelidh

Le : 02/08/2022

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
JUIN 2022	G2		300,00	INP : 06101000154 Signature : Dr Soumehdi Date : 07/07/2022 Rue Olibe 10 Tél : 0521222411

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TOP SANTE	23/09/21	18.80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Opt 4, Rue Berrec			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

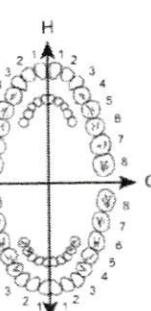
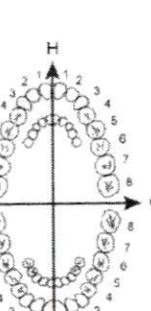
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	13/7/22 A.M.					1100.00

#### **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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433532</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433532	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G															
25533412	21433532															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

**OPHTHALMOLOGISTE**

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 للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

**23/06/2022**

**Mme MAAROUFI Rihab**

28.80

1/ ARTELAC



1 goutte 3 fois/jour , les deux yeux

ZINITH Pharma

6 111001 270521

PPV : 28.80 DH

Berrechid - Tél: 0522 32 80 39  
62, Bd Hassan ibnou Tadil Hayy EzZehra  
EZZAHRA TOP SANTE SARL (U) Pharmacie

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba ibn Nafii Berrechid  
Tél: 0522 32 48 47

**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1 er étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



**الدكتورة اشبيهي حسني سمية**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

**30/06/2022**

**Mlle MAAROUFI Rihab**

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

**OD = - 0.50 (- 0.50 à 145°)**

**OG = - 0.50 (- 0.25 à 10°)**

22/06/2022

**Optique Ouhoud**  
Youssef HAFA  
Opticien D.E Optométriste  
4, Rue Al-Aqsa Mosquée Ouhoud  
Berrechid - Tél. : 05 22 32 87 19

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

# FACTURE

Date : 13/07/2022

**CLIENT:** RIHAB MAAROUFI

**Numéro:** 6640981

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<b><u>LOIN:</u></b>			
MONTURE	OPTIQUE OP	1	600.00
VD	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG 1.5 TRIO GREEN UV	1	250.00
VG	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG 1.5 TRIO GREEN UV	1	250.00
<b><u>PRES:</u></b>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b><u>CORRECTION VISUELLE:</u></b>			
Dr. CHEBIHI HASSANI SOUMAYA			
LOIN OD -0.50(-0.50,145°) OG:-0.50(-0.25,10°)			
PRES. OD OG.			
ADD OD OG:			
<b>Total TTC:</b>		<b>1 100.00</b>	
Taux TVA:		20%	
Montant TVA		220.00	

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

Signé:

Optique Ouhoud  
YOUSSEF HAFA  
Opticien Optométriste  
4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud  
Bérechid - Tel : 05 22 32 87 19