

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACQUÉRIR 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'accord préalable est exigé 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.

## Radioologie 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'accord préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentisterie :

- 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.
- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.

N° W21-787850

AA22

|   |   |   |                                 |
|---|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie          | <input type="checkbox"/> Dentaire       | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)             |   |   |                                 |
| Matricule : 113419                        |   | Société : R.A.M.                            |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif            | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)   | <input type="checkbox"/> Autre :            | SABER TOhamed.                  |
| Nom & Prénom : SABER TOhamed.             |   |   |                                 |
| Date de naissance : 24/10/1973            |   |   |                                 |
| Adresse : RUE KARAWAN BELLE VUE BERRECHID |   |   |                                 |
| Tél. : 0620 717133                        | Total des frais engagés : 3100,00 - Dhs |   |                                 |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  | Dr. Soumaya CEBIHI HASSANI<br>OPHTHALMOLOGISTE<br>Rue Okba Ibnou Nafî Berrechid<br>Tél : 0522 32 48 47 |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation :  | 30/12/2022   |
| Nom et prénom du malade :   | ESSAIH Touria  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant    |
| Nature de la maladie :  | Affection oculaire + 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 : BERRECHID

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/12/2022

#### **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/12/22        | CR                |                       | 300,00dh                        | INP : 061040754<br>Dr. Soumaya CHEBKI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Rue Okba ibn Nafaa El Fechid<br>+212 522 32 48 44 |
| 12/01/23        | Contrôle          |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      | .....                 |
|  |      | .....                 |
|  |      | .....                 |
|  |      | .....                 |
|  |      | .....                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien                | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|  |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
| Optique Mille pour cent<br>Optométriste & Opticien | 29/01/23          |        |     |     |     | 2800,00 Dh                         |

#### **RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le tout de l'ODF

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|------------------------------|---|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
|                              |   |                  |             | <input type="text"/><br>COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                              |   |                  |             | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                              |   |                  |             | <input type="text"/><br>DEBUT D'EXECUTION       |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                              |   |                  |             | <input type="text"/><br>FIN D'EXECUTION         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | <input type="text"/><br>COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                              | <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS |
| H                            | 25533412  | 21433552         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| D                            | 00000000  | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| B                            | 35533411  | 11433553         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                              | <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | <input type="text"/><br>DATE DU DEVIS           |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|                              |   |                  |             | <input type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION     |          |          |   |          |          |   |          |          |  |



# Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0104622

Date : 09-01-2023

Mr : Essaïh Tounia

Docteur : Soumaya chebi bi Hassani

Type des Verres : organiques

progressifs Antireflets

Monture : optiques 800,00 DHT

\* Vision de Loin :

OD Axe 115° Cyl -0,50 Sph -2,00 1000,00 DHT

OG Axe 115° Cyl -0,50 Sph Plan 1000,00 DHT

ADD: +2,50

\* Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Optique Mille pour cent

Optométriste & Opticien

Add : .....

Montant : 2800,00 DHT

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Casablanca le 09-01-23

Mr Essaïh Tounia

**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 للشبكة - الليزر

إقامة دحان - رنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

هاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

**12/01/2023**

**Mme ESSAIH Touria**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets**

**VL :**

**OD = - 2.00 (- 0.50 à 115°)**

**OG = Plan (- 0.50 à 40°)**

**VP :**

**ODG = Add : + 2.50**

**Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien**

**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou 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 للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

**30/12/2022**

**Mme ESSAIH Touria**

**1/ INDOCOLLYRE**

1 goutte 4fois/jr , les deux yeux

**2/ GEL LARMES**

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

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