

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 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.

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0006129

157289

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R. A. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL JIRARI Abdellah

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : 946 Latissat EL WAFIA Avng. Orléans

Tél. : 06.67.51.34.60 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 49 87

Date de consultation : 28/03/2023

Nom et prénom du malade : Idrissi Fatiha Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie à la poussière

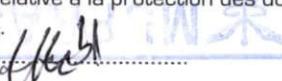
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 13 AVR 2023 Le : 13 AVR 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-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
26/05/2013	Se	4		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2010-03-18	Laser AR-CON	FC 1000 DHT FM 800 DHT

AUXILIAIRES MEDICAUX 1

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-H system, showing the arrangement of atoms and the resulting molecular orbitals. The hydrogen atoms (H) are at the top and bottom, with deuterium atoms (D) in the middle. The molecular orbitals are represented by overlapping circles, with the bonding orbital at the top and antibonding orbitals at the bottom.

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**OPHTALMOLOGISTE**

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 03 AVR. 2023

M. Buijnne, certifié que N°<sup>me</sup> Kuzi

Féline a eu 2 séances de  
laser Argon, une pour l'œil  
droit et l'autre pour l'œil  
gauche et ce pour une inclinaison  
vitienne d'origine diabétique.

Certifier, témoi à la main de  
l'opérateur pour Zouwi et Zouye  
valoir le que de  
droit

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid  
Tél. 0522324847

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 - زنقة عقبة بن نافع

الطريق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le 28 MARS 2023

7<sup>me</sup> Kuzi Fete au

Besra Argan DG

Dibatation DG

Yew<sup>th</sup>

**CLINIQUE AL MADINA**  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tel: 05 22 77 77 40 a 49 (LG)  
~~~~~ 22 35 20 01

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid  
Tél: 05 22 32 48 47

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : **7692 / 2023** du **29/03/2023**

Nom patient **KOUZI FATIMA**

Entrée **29/03/2023**

**PAYANT**

Sortie **29/03/2023**

### LASER ARGON

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

|                    |                  |             |               |               |
|--------------------|------------------|-------------|---------------|---------------|
| <b>LASER ARGON</b> | <i>LASER ARG</i> | <b>1,00</b> | <b>400,00</b> | <b>400,00</b> |
| <i>Sous-Total</i>  |                  |             |               | <b>400,00</b> |

**Total Clinique** **400,00**

|                                              |                  |             |               |               |
|----------------------------------------------|------------------|-------------|---------------|---------------|
| <b>DR. CHEBIHI HASSANI S (ophtalmologue)</b> | <i>LASER ARG</i> | <b>1,00</b> | <b>800,00</b> | <b>800,00</b> |
| <i>Sous-Total</i>                            |                  |             |               | <b>800,00</b> |

**Total Autres prestations** **800,00**

|                                                                                           |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br><br><b>MILLE DEUX CENTS DIRHAMS</b> | <b>Total</b> <b>1 200,00</b> |
|                                                                                           |                              |

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

*CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 30 349 (L.G)  
Fax: 05 22 77 77 30 01*