

## 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 ALL 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.

N° W21-658834

189556

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>A2388</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>SEBBANE HICHAM</b>
Nom & Prénom : <b>SEBBANE HICHAM</b>			
Date de naissance : <b>05-09-1974</b>			
Adresse : <b>313 Darb Meknes EL ALIA, MOHAMMED V</b>			
Tél. : <b>06 11 77 58 38</b> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>DR. AYYADI Sahae</b> <b>OPHTALMOLOGISTE</b> <b>N°515 Lot Al Wahda App. N°5</b> <b>Mohammedia</b>			
Date de consultation : <b>16/09/2023</b>			
Tél. : 05 22 20 45 45 / Fax : 05 22 22 78 18			
Nom et prénom du malade : <b>SEBBANE Rim</b> Age : _____			
Lien de parenté : <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>affection oculaire</b>			
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 : <b>Mohammedia</b> Le : <b>16-09-2023</b>			
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
16/12/83	C S		30000	DR. AYAD Sanan OPHTHALMOLOGISTE Tunis 1005 lot Al Wahda Apt. N°5 Mohammedia INPE : 091281097

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DR. AYAD Sanan OPHTHALMOLOGISTE Tunis 1005 lot Al Wahda Apt. N°5 Mohammedia	16/12/83	16/12/83				30000

**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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F**

**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	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**

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès et Casablanca.
- Diplômée en imagerie et pathologies rétiennes de l'Université de Paris, France.
- Diplômée en surface oculaire de l'Université de Brest, France.



- خريجة كلية الطب و الصيدلة بفاس و الدار البيضاء
- دبلوم في تصوير و أمراض شبکية العين بجامعة باريس - فرنسا
- دبلوم في أمراض سطح العين بجامعة بريست - فرنسا

## ORDONNANCE

16 décembre 2023  
Mohammedia, Le \_\_\_\_\_

Enf. SEBBANE Rim

Monture pour enfant + verres correcteurs Organiques

Vision de loin :

OD = - 1.75 (- 0.25 à 107°)

OG = - 1.00 (- 0.25 à 32°)

**KHATTARI OPTIQUE**  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
CONTACT LENS  
Dab Juchemin Bdc 32, N°17  
El Alla - Mohammedia  
Tél: 05 23 32 37 89

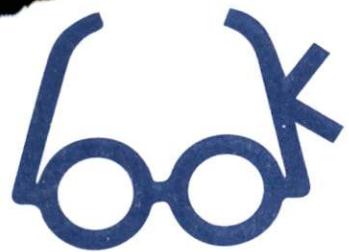
DR. AYYADI Sanae  
OPHTHALMOLOGISTE  
N°515 Lot Al Wahda App. N°5  
Mohammedia  
Tél: 05 23 28 98 / 06 32 38 40 30

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

05 23 28 98 / 06 32 38 40 30 / docteur.ayyadisanae@gmail.com

N° 515 lot Al Wahda, App N°5, 3ème étage (avec ascenseur), Angle Bd la Résistance et Bd Tadla, Mohammedia 28830



بصريات الخطابي

KHATTABI OPTIQUE

Opticien - Optométriste - Contactologue

Facture

N° 906985

Mohammedia, le :

26/12/23

M : SEB3ANE. R.F.M

N° de Nomenclature :		Prix
Docteur :	S. Ayyoubi	
Monture :	PC 07	1000,00
Type de Verre :	sub - Rgs 3.67	3.67
V.L.	B6	112
D.O.:	1107 - 0.28 - 1.75	1000,00
O.G.:		
V.P.:	(32 - 0.24) 7	70,00
D.O.:		
O.G.:		
Total:		3000,-
Arrêtée la Présente Facture à la somme de		
		3000,-
<i>Derb Duchemin Bloc 32 N° 17 EL Alia - Mohammedia - Tel.: 05 23 32 37 08</i>		
<i>RC : 17906 - Patente : 39300449 - ICE : 002122489000009 - IF : 26070755</i>		

KHATTABI  
OPTIQUE  
OPTOMETRISTE  
Derb Duchemin - Bloc 32 N° 17 - EL Alia - Mohammedia  
Tel. : 05 23 32 37 08

Derb Duchemin Bloc 32 N° 17 EL Alia - Mohammedia - Tel.: 05 23 32 37 08

RC : 17906 - Patente : 39300449 - ICE : 002122489000009 - IF : 26070755