

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043445

NID: 46197

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6860 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FADI BOUCHAIB

Date de naissance : 22/02/65

Adresse : Résidence EL WAHBA, Im F3, apt B2

BOULEVARD MOHAMED V, B. ERRECHID

Tél. : 0666823935 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 31 OCT 2020

Nom et prénom du malade : FADI ADIAS

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

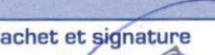


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31 OCT 2020	2		300,00	

Samiya CH. BINI HASSANI  
 OPTALIMÉDICOLOGISTE  
 Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
 Tél 0522 32 48 47

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		A M	PC	IM	IV	
	04/11/2020					

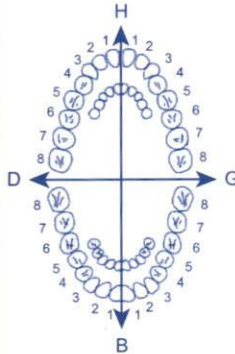
PTIDINE  
EDDINE ADI  
Customer liste  
1988 April - Be  
0223

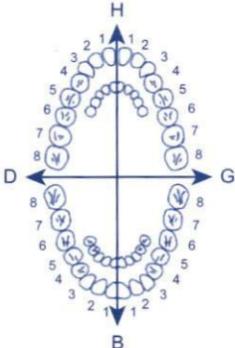
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 canaux, ainsi que le bilan

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<b>DATE DU DEVIS</b>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 04/11/2020

Client	MR FADI ANAS
--------	--------------

**FACTURE N°1255/ 2020**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	-	-
2	VERRES INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	250,00	500,00
			<b>500,00</b>

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **CINQ CENT DIRHAMS**

**OPTIDINE**  
KARIM ADIL  
Opticien Optométriste  
5, Lot Essafi Bd Hassan II Berrechid  
Tél.. 022 53 32 61 Fax 022 32 77 77

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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

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



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية 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

31/10/2020

Enf. FADI Anas

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets

OD = - 1.00 (- 1.25 à 10°)

OG = - 0.50 (- 2.25 à 160°)

CELLUVISC: COLLYRE

1 Goutte 3 fois/ jour (1 boîte), les deux yeux

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47