

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-839082

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7962 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLIMANE SABAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2357 Total des frais engagés : 1314,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/24

Nom et prénom du malade : Slimane Sabah Age : 21

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

Nature de la maladie : Cornée ophtalmique + Sècheresse oculaire

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 : Casablanca Le : 30/01/2024

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
30/01/24	CMS		300,00	
			148	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Souffleur	Date	Montant de la Facture
	25/11/24	314

[illegible]

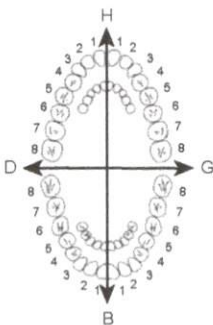
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	12.02.2024					500 M
	24.02.2024					200 M
	24.02.2024					200 M
	24.02.2024					200 M
	24.02.2024					200 M

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION 																																			
																																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">—</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						H					25533412		21433552			00000000		00000000	D	—			G			00000000		00000000			35533411		11433553			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
		H																																						
		25533412		21433552																																				
		00000000		00000000																																				
D	—			G																																				
		00000000		00000000																																				
		35533411		11433553																																				
		B																																						
[Création, remont, adjonction]				Montant des Honoraires																																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الخول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايترك

30/01/2024

Casablanca, le :
SLIMANE Sabah

- THEALOSE COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour en moyenne, et à la demande en cas de gêne, ou avant toute fixation visuelle prolongée, PDT 3 mois

VR2762CUMAR/0722



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

VR2762CUMAR/0722



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

33, Rue Saria Bnou Zouhair
Quartier Palmier - Casablanca
MALAK CASABL PHARMACIE
476014060 : DNI

Dr. Adil WAHIDY
Ophthalmologiste
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen
2ème étage N° 211 Casablanca
Tél : 05 22 86 14 18 - GSM : 06 61 48 33 35

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المومن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الخول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

30/01/2024

Casablanca, le :
SLIMANE Sabah

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (166° -2,50) -1,50 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : -2,00 , Addition + 2,25

GAM'OPTIC
Mouna Lazrak
Opticienne - Optométriste
82, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522 98 95 46 /

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
2ème étage N° 211 Casablanca
Tél : 0522 86 14 18 - GSM : 0661 48 33 35

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المومن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

GAM 'OPTIC

CASABLANCA LE : 02//02/2024

FACTURE : 28- 2024
DOCTEUR : ADIL WAHIDY

NOM : SLIMANE
PRENOM : SABAH

	LOIN	OD : (166°-2.50)-1.50 OG : -2.00
	PRES	
1 MONTURE		200
VL 2 VERRES ORGANIQUES BLANC AMINCI 1+TRAITEMENT ANTI_REFLET	OD : 350 OG : 150	500
		700

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENT DIRHAMS

82, BD ABDELMOUMEN. ANGLE RUE SOUMAYA .CASABLANCA
TEL 0522 98 95 46 - FAX 0522 98 95 47 - Email: gamoptic@yahoo.fr
RC 265 552 - PATENTE 34772352 - IF 42504630
ICE 000449480000001 - CNSS 600416
INPE 095005120