

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-548569

ND: 33962

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8647	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HOUNI BENNAWI ADIL
Nom & Prénom : HOUNI BENNAWI ADIL			
Date de naissance : 23 09 1971			
Adresse : HABITUELLE			
Tél. : 0661327832	Total des frais engagés : 3200 + 300 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. WAHIDY Adil OPHTHALMOLOGISTE Abdelmoumen Center, Angle de l'Horloge Tel: 05 22 20 45 45			
Date de consultation : 07/07/2020			
Nom et prénom du malade : Houni Benナwi Adil Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Connecte optique			
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 : 07/07/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : 07/07/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie 2NP W19-548569 2020	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
ACCEUIL	
Matricule : 8647	Nom de l'adhérent(e) : HOUNI BENNAWI ADIL
Total des frais engagés : 3200 + 300	Date de dépôt :
Coupon à conserver par 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
01 21 20	CNS		300,00	<p>INP : 091015473 ICE : 0L1718227060061</p> <p>Dr. WAKILY Adil OPHTALMOLOGISTE Abdelmoumen Hospital - 10th arrondissement and Bd Auguste Blaizot 75010 Paris</p>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	IV
PIQUE C... Opticien : 01 44 29, Rue Benoît Magloire 75011 Paris Tél : 01 61 76 61 44	08/07/2008				3200,-

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

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'ODF.																																			
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																															INP : <input type="text"/>
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																															
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"/>																																			
	<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	28533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553									[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
		H	G																																
		28533412	21433552																																
		00000000	00000000																																
		D	B																																
		00000000	00000000																																
		35533411	11433553																																
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
<input type="text"/>																																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																			

# Docteur Adil WAHIDY

Ophthalmodiste

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



الدكتور عادل وحيدى

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلالة - المول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

07/07/2020

Casablanca, le :

HOUMID BENNANI

Adil

PROGRESSIFS Organiques ANTIREFLET

Oeil Droit : (100° -1,50) + 1,25 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (100° -1,25) + 1,50 , Addition + 2,50



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 المؤمن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

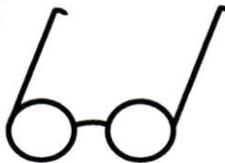
# ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

**OPTIQUE CHERIFIENNE**

(opticien spécialiste)

89,Rue Beni M Guild

Casablanca



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بنى امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

*Adil Martiny*

FACTURE N°

003515

N° de nomenclature ..... 430 .....

Correspondant à la prescription ..... 120 .....

LOIN	OD : (100 - 15) + 1.25 OG : (100 - 125) / 1.25	PRES	OD : + 2.5 OG : + 2.80
------	---	------	---------------------------

## FOURNITURE

1 Montures : *2 Paires*

1000,-	<i>Monture</i>
100,-	<i>Verres</i>
112,-	<i>Accessoires</i>
360,-	<i>Demande</i>

Verres : *Progressif*

Accessoires : *2 Montures*

Total : *3460,-*

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : *28/07/2020*

M/ou Mme :

*Hassan Benyamin Adil*

**OPTIQUE CHERIFIENNE**

Opticien - Optométriste

89, Rue Beni Mguild Hay Laayoune

Patente : 33519341-ICE : 001293025742135-RC: 264254-IF: 02210823-CNSS : 137293025 INPE : 095021537