

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-548573

ND:33963

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8647</b>	Société : <b>RAm</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HOUNID BENNANI ADIL</b>			
Date de naissance : <b>23-09-1971</b>			
Adresse : <b>HABITUELLE</b>			
Tél. : <b>0661327832</b>	Total des frais engagés : <b>2200 + 250</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>01/07/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Hounid Bennani Ilyas</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Connexion optique</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 : **01/07/2020** Le : **01/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

<b>VOLET ADHÉRENT</b> <b>21 JUIL 2020</b>	
Déclaration de maladie N° W19-548573	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <b>8647</b>	ACCUEIL
Nom de l'adhérent(e) : <b>Hounid Bennani</b>	Total des frais engagés : <b>2200 + 250</b>
Date de dépôt :	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 27 30	cus		210,00 mhs	1156:091015479 INF: <input type="text"/> ICE: 01;718227000061 Dr. <u>WALIDY Adil</u> <u>OMITA MEDICOS</u> Abdelkoumar, 2000, 100, 100 et Bd Abdelkader, 2000, 100, 100

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
UP 11Q U Particulier 89, Rue Ben Abdallah - Casablanca - Tel: 65	08/07/1983					2100,00 DH	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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'IDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Adil WAHIDY

Ophtalmologiste



الدكتور عادل وحيد

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

اختصاصي في طب العيون

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

07/07/2020

Casablanca, le :

**HOUMID BENNANI**

**Ilyas**

DE LOIN Organiques ANTIREFLET

Oeil Droit : (27° -0,25) -2,50

Oeil Gauche : (170° -1,50) -2,25

OPTIQUE URRIERDINNE  
Optician - Optometriste  
89, Rue Beni Mouda Hay Laâyoune  
Casablanca Tél: 06 61 75 66 44

Dr. WAHIDY Adil  
OPHTHALMOLOGISTE  
Abdelmoumen Center  
211 Bd Abdelmoumen 211  
Casablanca Tél: 05 22 86 14 18 / 05 22 86 14 18

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 أنواو و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الطرامواي 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

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بنى امكيد الدار البيضاء

الهاتف : 0661766644

FACTURE N°

003517

N° de nomenclature ..... 4.5.8 .....

Correspondant à la prescription ..... 11/11 .....

LOIN	OD : (27-07)-2.50 OG : (11-15)-2.50	PRES	OD : ..... OG : .....
------	--	------	--------------------------

## FOURNITURE

Montures : Optique .....

1000.- دراهم .....

Verres : 0101 .....

600.- دراهم .....

AN ADVICE .....

600.- دراهم .....

Total : 2200.- دراهم .....

2200.- دراهم .....

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 08/07/2020

M/ou Mme :

Ben Yousri ILYAS

OPTIQUE CHERIFIENNE  
Opticien - Optométriste  
89, Rue Beni Mguild Hay Laayoune  
Casablanca - TEL 06 61 76 66 44