

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° W21-784402

146680



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8072

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HANAFI BISSAM

Date de naissance :

Adresse : 1071 BAYROUNI - Rue Ibnou Zahir - Bousfara
CASABLANCA

Tél. : 066.121.07.64

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABÁJAL RADDIANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Le : 26/01/23





ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

رقم رج. : 610-1-03

Ref. : ANAM 12/02/01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : *ABDALLA RADJADANE* الإسم العائلي والشخصي : _____
N° Immatriculation : *1110423031* رقم التسجيل : _____

N° CIN :

B2451231

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse :

6031 BAYROUN - Rue Ibnou SINA - DAKAR - Boussofia العنوان :

Montant des frais :

درهم Dhs.

مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes :

.....

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : *ABDALLA RADJADANE* الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

1972-01-01

تاريخ الإيداد :

N° CIN :

111111111111

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * :

M ذكر

F أنثى

الجنس : *

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق **

Médecin traitant الطبيب المعالج	<i>10-811992441421</i>	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	<i>111111111111</i>
------------------------------------	------------------------	--	---------------------

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * :

Oui

Non

قبول المرض المزمن : *

N° dossier ALD :

120531189

11111111

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

Maladie* مرض *

Hospitalisation* استشفاء *

رمز المرض المزمن :

استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des
renseignements portés ci-avant.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

أصرح بصدقية وصحة
المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

ب :

Fait à :

ب :

Le : *11-11-11*

في :

Le : *11-11-11*

في :

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دار المؤمن - ساحة ناكلر - الدار البيضاء من. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

وصف العمليات المجرأة

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

توقيع و طابع المساعد الطبي

Signature et Cachet du Paramédical

ALLEN OPTIQUE LARÉ
Optique Opticien Opticien Opticien
16 rue El Beynuni Rés. El Fadili 101
Tunis, Tunisie Télé. 70 22 22 22

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16_09_2022	٧٩,٠٠	
INPE et code à Barres 1234567890123456		
INPE et code à Barres 1234567890123456		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
89368095	430.5	Payé	14/11/2022		Virement assuré

[Fermer](#)

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براطة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئيسة مصلحة طب العيون

بمستشفي سيدى الصوفى سابقًا

Casablanca, le

16/03/2012

Tabtar Rezonane

79,5

→ 2me

angle

→ 29,5

Dr. Samira LAZRAK
OPHTHALMOLOGIST
175, Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim - 2^{ème} Etage
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89
E-mail : drsamiralazrak@gmail.com

175، زنقة بركاع (زنقة جول مورو وكوفي سابقًا) إقامة حسام جاسم الطابق الثاني - شقة رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 36 86 - الفاكس : 05 22 48 36 89

175 , Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim - 2^{ème} Etage
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89
E-mail : drsamiralazrak@gmail.com



Pure

refreshing eye drop
10 ml bottle

LOT
PPC
DHS

0171221
2024 12
79,00

FARMIGEA



Description

The refreshing, soothing and calming qualities of Camomile, Fumhrasv, Witch-

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براطة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبولي

حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئيسة مصلحة طب العيون

بمستشفى سيدى الصوفى سابقا

Dr Samira BERRADA
Casablanca, le 16/09/2022.

Abatage rectoune

LH VL

ATLAS OPTIQUE SARL
Optique Optométrie et Chirurgie de la Vision
Beyrouth Rés. El Path n° 4
Courtegny Casab - Tel 05 22 48 36 86

OD + 0,75

OS + 0,75

LH VL

AB

OD + 0,75
Dr. S.

05 22 48 36 89 - 05 22 48 36 86 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 36 89 - العنوان : 175

175 , Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim 2^{ème} Etage
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél. : 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89
E-mail : drsamiralaZRak@gmail.com



M. REDOUANE ABATÁL

FACTURE N° : F111581

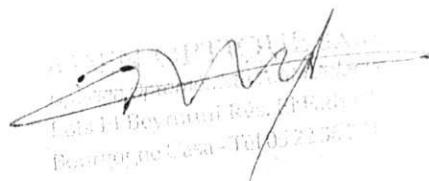
Date : 24/09/2022

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TV.
2	VER	verres progressifs organique antireflet	500.00		1000.00	20.
1		monture optique	500.00		500.00	20.

Corrections :

VL D. Sph: +0.75 Cyl: -0.25 Axe: 165° Add: +2.50
VL G. Sph: +0.75 Add: +2.50

VP D. Sph: +3.25 Cyl: -0.25
VP G. Sph: +3.25


Date 14 Septembre 2022
Redouane Abatal
Bourgogne 2900 - Tel 0522362905

Paiements

Acomptes	0.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	0.00
Solde :	1500.00

Totaux

Total hors TVA :	1250.00 DI
Montant TVA :	250.00 DI
Total TTC :	1500.00 DI