

## 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.

N° W21-778593

148234

<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>8985</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>TAZI MOHAMED YASSIR</b>			
Date de naissance : <b>07/06/2023</b>			
Adresse : <b>44, Rue des peuples 68426 CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0661062540</b>			
Total des frais engagés : <b>000 Dhs</b>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>29/11/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>TAZI YASSIR</b>			
Age : <b>17</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Connexion ophtalmique</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Cassé la lunette</b>			
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 : **03/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
29/01/2012	Acte		G	INP : 091008449 
12/02/2012	Acte			
20/02/2012	Fo			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>CK OPTIC s.a.r.l</b> <i>Sylvia Chouaib Rohne            Opticienne - Optométriste            Abou Ouard El Haret Casablanca            Tél : 0522 85 50 49            103236 - INPE : 095005021            CE-00002004000005</i>	<i>31/12/2022</i>	<i>1100 - dh</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES TRAITEMENTS			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### **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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H D	G B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE N° 4979

Le 31/12 2022

BLICK OPTIC s.a.r.l.  
19, Rue Abou Omar El Harite  
Tél./Fax 05 22 85 50 49  
I.F. 02501567 - R.C. 103235  
Patente 34450450

Mme TA21, Yasmine

Ord. : Dr. Wahidy du: 29/12/22

Doit

4	paires : LC toniques jetables	275.-	1100 -
---	-------------------------------	-------	--------

La présente facture est émise à la somme de:  
= MILLE CENTS = des TTC.

TTC 1100.- Dh

réglé par CB

BLICK OPTIC s.a.r.l

Sylvia Chouâbi Rohne

Opticienne Optométriste

19, Rue Abou Omar El Harite Casablanca

Tél: 05 22 85 50 49

RC: 103235, INDE: 095005021

ICE: 000038949000051

ICE: 000038949000051

# Docteur Adil WAHIDY

Ophtalmologiste

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



الدكتور عادل وحيدى

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الملاحة - الخول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

29/12/2022

TAZI

Casablanca, le :  
Yasmine

## LENTILLES SOUPLE TORIQUE

Oeil Droit : (105° -1,00) -4.75

Oeil Gauche : (30° -0,75) -5,50

**BLICK OPTIC s.a.r.l**  
Sylvia Choualib Rohne  
Opticienne - Optométriste  
19, Rue Abou Omar El Harake Casablanca  
Tél : 0522 85 50 49  
RC : 103235 - INPE : 095005021  
ICF : 000038949000051

Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
2ème étage N°211 Casablanca  
Gsm : 0661 44 33 25  
Tél : 05 22 86 14 18

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18  
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 : 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com