

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0052870

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2461 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMR TAHAR

Date de naissance : 23/08/1951

Adresse :

Tél. : 0661325783

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/03/2023

Nom et prénom du malade : AMR TAHAR Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : LASER de l'œil

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : MUPRAS

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) : [Signature]

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.

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
02 03 2023	LASE 12 ODS		120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/23	93,100,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

Ophtalmologiste

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



اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلاة - الحول - مساك الدمع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايزر

Casablanca, le :

casablanca jeudi le 02 mars 2023

COMPTE RENDUS

Mr AMR Tahar, chez qui j'ai pratiqué une capsulotomie au laser yag oeil droit pour opacification de la capsule postérieure.



Mجمع عبد المؤمن.
زاوية شارع أنوال 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
Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme 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 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

Docteur Adil WAHIDY

Ophtalmologiste

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



الدكتور عادل وحيدى

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة آجلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تغيير البصر لايتك

02/03/2023

Casablanca, le :

AMR

Tahar

24.60 - **FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine.Dexaméthas)**

1 goutte, 4 fois par jour, dans droit , pendant 15 jours

68.80 - **CARTEOL L.P 2 % (Cartéolol)**

1 goutte, 1 fois/jour, le matin, dans l'oeil droit pendant 15 jours



31, Bd. Abdelmoumen
Nouar en Pharamacie
Bd. Abdellatif IBRA
Casablanca
Tél : 05 22 86 05 70

Dr. Adil WAHIDY
OPHTHALMOLOGISTE
Abdelmoumen Center, Angle
Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18

Mجمع عبد المؤمن,
زاوية شارع أنواو 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
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 أنواو 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

Ophtalmologiste



اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- داع الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

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

Casablanca, le :

02/03/2023

AMR Tahar

FACTURE POUR LASER ARGON DANS LOEIL DROIT

1200.00 DH

Dr. WAHIDY
Ophtalmologiste
et Bd Abdelmoumen Center
Bd Abdelmoumen
Tél: 05 22 86 14 18

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

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

CARTEOL L.P. 2%

Colyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/ عمار FAB/ صنع EXP/ تاريخ

H8473
05-2022

05-2024

6118001270040

PPV: 68,80 DH

FRAKIDEX

Colyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/ عمار FAB/ صنع EXP/ تاريخ

H8231
02-2022

01-2024

6118001270118

PPV: 24,60 DHS