

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8678 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUZATI ZAÏT A HMED			
Date de naissance : 29/07/1957			
Adresse : 20 Rue Ras Asfour lot laalij OUTADA			
Tél. : 061.62.78.08 Total des frais engagés : 32300 dh			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. WAHIDY ADI OPHTHALMOLOGIST Abdelmoumen Center, Casablanca et Bd Abdelmoumen Télé: 05 97			
17 MAI 2023 ACCUEIL AIT ALLAL			
Date de consultation : 27/04/23 Nom et prénom du malade : Bouzatizah Ahmet Age : Connect Optique			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
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'att médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de 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
22 04 23	CNS	300.00	100	INP : 0900151479

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/04/03					100

VOLET ADHERENT

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

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														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 33%;">H</td> <td style="width: 33%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 33%;">G</td> <td style="width: 33%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000	G	00000000	B		35533411 11433553	
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000											
D	00000000	G	00000000											
B		35533411 11433553												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														
B														
G														
D														
H														

OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd. Youssef Bno Tachfine Hakam 1
 N° 454 El Hay Mohammedi Casa
 Tél: 06.69.00.97.85
 0522.60.34.39
 Patente: 32825428



N° 000224

W 21-798289

نظارات غيتا
 اختصاصي في النظارات البصرية
 شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1
 رقم 454 الحسي المحمدى البيضاء
 الهاتف: 06.69.00.97.85
 0522.6034.39
 الباتننا: 32825428

Ordonnance de M. le Docteur: ADIL WAHIDY

N° de nomenclature:

Correspondant à la prescription: aganique AR

LOIN	O.D: +2.50	PRES	O.D:
	O.G: (70-0.50)+2.50		O.G: Y

FOURNITURE

Monture: OPTIQUE

8000

Verres: aganique

12000

Etuis: Art. Ref B 8000

20000 m

Total:

OPTIQUE GHITA
 Opticien Optométriste
 Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine
 N° 454 - Casablanca
 Tél: 06.69.00.97.85

Arrêtée la présente facture à la somme de
 Casablanca, le: 07-04-23

M. ou Mme: BAZAHAH AHMED

ICE 001789511000067-IF:40151582-RC:372042 CNSS:173923031

Ophtalmologiste



الدكتور عادل وحيد

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

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلاة - الحول - مسالك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايرك

W.21-798289

27/04/2023

Casablanca, le :

BOUZAHZAH Ahmed

DE PRES Organiques

Oeil Droit : + 2,50

Oeil Gauche : (70° -0,50) + 2,50



Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème 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 الجموم : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com