

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19- 058259

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9623 Société : 39488

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAD JAMAL

Date de naissance : 19/10/82

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-058259

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 mois.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9693</b>		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	
Nom & Prénom : <b>ASSAD JAMILA</b>		Date de naissance : <b>19/10/61</b>	
Adresse : <b>16 T 2120 L3-34</b>		Tél. : <b>300 7 172 5520</b>	
Total des frais engagés : <b>300 7 172 5520</b>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>DR. WAHIDY ADD ORTHALIOLOGISTE Abdeljalil Chabane Assad JAMILA</b>			
Date de consultation : <b>29/02/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>ASSAD JAMILA</b> Age : <b>59</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>			
Nature de la maladie : <b>Sécheresse oculaire</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'adjudicataire 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 : **ASSAD JAMILA** Le : **29/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Reclamation** : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge** : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut** : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@mupras.com)

# 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	CUS		300,00	INP: 0910111419
28				
20				

Dr. WILHELEY A.  
OPHTALMOLOGISTE  
Abdelmoumen Centre  
Au Rempart, Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature</i>	28/02/2020	472,40

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

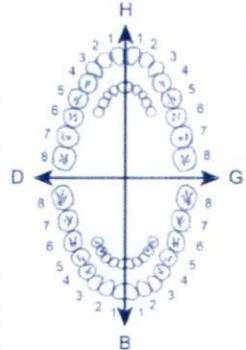
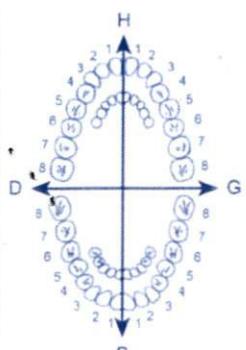
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>COINS DE VUE SOCI</i> Zineb EL HEDDOUSSI Opticien 170, Route de la Gare Boulevarde Casablanca Tél: 052 22 11 11	08/06/2020	selon facture optique				5500,00 DT

## 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														
<p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p> 														
<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
G	00000000	00000000												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS.</p>														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE</p>														

Ophtalmologiste

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



الدكتور عادل وحيدى

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الخلاة - الجول - مساك الدمع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

29/02/2020

Casablanca, le :

PPV : 23DH40



ASSAD Jamila

230.00 - OPTIPRED COLLYRE fl S.V.

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

149.00 - LUMIXA COLLYRE S.V.

1 goutte, 3 fois par jour en moyenne, et à la demande en cas de gêne, ou avant toute fixation visuelle prolongée, PDT 3 mois

172.00



صيدلية عبد المؤمن  
Pharmacie ASY-ABDELMOUNEN  
El Housna - Casablanca  
Tél: 05 22 86 14 18 - 05 22 86 14 19

Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
2ème Etage N°211 Casablanca  
Tél: 05 22 86 14 18 - 05 22 86 14 19 - Gsm: 0661 48 31

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

راوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطالب 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



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

- جراحة الحالة - الحول - مساك الدموع
  - داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الالب
  - تصحيح البصر لابرك

29/02/2020

Casablanca, le :

ASSAD Jamila

## PROGRESSIFS Organiques ANTIREFLET

Oeil Droit : (164° -0,75) + 0,50 , Addition + 1,75

Oeil Gauche : (50° -0,75) + 0,25 , Addition + 1,75

**COINS DE VUE** srl  
Zineb EL HESBAN Opticien Optométriste  
176, Rue Achrafieh - Beyrouth - Liban  
Quartier de la Mairie - Beyrouth - Liban  
Tel : Fax : 961 22 35 25 19

**Dr. Adil WAHIDY**  
Oculiste  
Ophthalmo  
Angle Bd. Abdelmounim  
Bd. Anouar el  
2ème Etage N° 14 15 - Casablanca  
Tél: 0522 86 14 15 - Gsm : 0661 48 33 36

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2<sup>eme</sup> 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

# FACTURE

FACTURE N° : **61/2020**

CLIENT : **ASSAD JAMILA**

DATE FACTURE : 08/06/2020

DESIGNATION		PRIX TTC
<u>Montures</u> : 1	<b>OPTIQUE</b>	500,00 DH
<u>Verres</u> :	<u>OG1</u> <b>PROGRESSIF ACTIVA 1.5 ANTIREFLET ENERGY BLEU</b>	2 500,00 DH
	<u>OD1</u> <b>PROGRESSIF ACTIVA 1.5 ANTIREFLET ENERGY BLEU</b>	2 500,00 DH
<u>Nomenclatures</u> :	OD : +0.50 ( -0.75 à 164° ) , Add = +1.75	
	OG : +0.25 ( -0.75 à 50° ) , Add = +1.75	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

**COINS DE VUE srl**  
Zineb EL HESSI - Opticien Optométriste  
170, Res. Alcide D'Amato - Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 28 35 25 10

**PAYE PAR CHEQUE**

Total TTC : 5 500,00 DH

Total HT : 4 583,33 DH

TVA 20% : 916,67 DH

**Frais de Timbres :**

**Montant Total Payé :** 5 500,00 DH



095005443

R.C: 173053 IF: 1107270 Pte: 36339644 CNSS: 7637674 ICE: 00000174100038 INPE: 095005443  
Adresse: 170,RES AICHA RUE ABOU ELKACEM EZZAHRAOUI (EX MATERNITE) Q.DES HOPITAUX CASABLANCA  
Email: coinsdevue@yahoo.fr Tel/Fax: 0522.86.25.19