

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## 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.

## Prothèse :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



54191

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000185

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2073 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EP. SUMANE

Nom & Prénom : BOUDJAT Mimoun Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661874398 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. WAHIDY ADIL  
OPHTALMOLOGISTE  
Abdelmoumen Center, Angle Bd Anou  
et Bd Abd-Imoumen 2ème étage  
Tél : 05 22 86 14 15

Date de consultation : 04/12/2020

Nom et prénom du malade : BOUDJAT Mimoun

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Cornée ectopie

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) :



# RELEVÉ 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
04/12/20	CUS		210,00	Dr. [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Cachet]	06/12/20	172,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	06/12/20		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
[Signature]	02/12/2020					300,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - اللايزر
- تصحيح البصر لاليزر

04/12/2020

Casablanca, le :

BOUDJAJ

Mimouna

PPV : 23 DH 40



23.40.  
- OPTIPRED COLLYRE fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

14900  
- LUMIXA COLLYRE

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

LUMIXA  
P.P.C : 149Dh



Dr. Adil Wahidy  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
2ème Etage N°211 Casablanca  
Tél: 0522 86 14 18 - GSM: 0641 48 33 35

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 المومن.  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الطرامواي عبد المومن  
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com



# Optique 1000%

OPTIQUE MILLE CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

Opticien - Optométriste  
(payé par espèce)

Facture : 6000892

Date : 22/12/2020

Mr : Boudjaj . H. maunna

Docteur : Adil WAHIDY

Type des Verres : Verres organique

Antireflet bleu (G. 1 Lenticlar)

Monture : Plastique

Longue vue

\* Vision de Loin :

OD	Axe 95°	Cyl -0,50	Sph -2,25	500,00 dh
OG	Axe 175°	Cyl -0,50	Sph -0,25	500,00 dh

\* Vision de Prés :

OD	Axe 95°	Cyl -0,50	Sph +0,25	500,00 dh
OG	Axe 175°	Cyl -0,50	Sph +2,25	500,00 dh

Add :

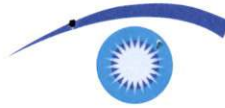
OPTIQUE MILLE CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

Montant :

3000,00 dh

Trois mille

Dirhames



Ophtalmologiste

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

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لاييز

04/12/2020

Casablanca, le :

**BOUDJAJ**

**Mimouna**

DE LOIN Organiques

Oeil Droit :  $(95^\circ -0,50) -2,25$

Oeil Gauche :  $(175^\circ -0,50) -0,25$

DE PRES Organiques

Oeil Droit :  $(95^\circ -0,50) + 0,25$

Oeil Gauche :  $(175^\circ -0,50) + 2,25$

OPTIQUE MILLECENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologue  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
2ème étage, Casablanca  
Tél.: 0522 86 14 18 - GSM: 0661 46 33 35