

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR TIVR 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.

ptique :

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.

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008798

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6641 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAHABI Abderehmane Date de naissance : 1951

Adresse : 10 Rue Nkachit Nouâma - Agf 10. Casablanca

Tél. : 0619 863521 Total des frais engagés : 375,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/06/2021

Nom et prénom du malade : SAHABI Abderehmane

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte œil gauche

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/06/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/06/21 | Cus | G | | Dr. Hassan My Hassan 1er et Béchir 09/06/2021 |
| 05/06/21 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMA GUARD My Hassan 1er 142, rue de l'Industrie Tél.: 05 22 27 71 45 Fax: 05 22 27 71 45 | 09/06/21 | 175,20 |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE 78 Toulon 222306 - Fax: 05 22 27 71 45 | 11/06/21 | B 130 | 200,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

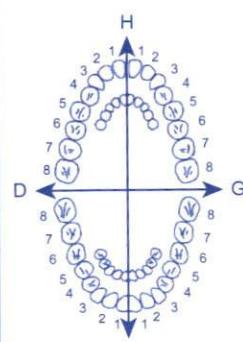
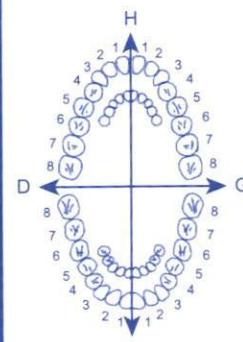
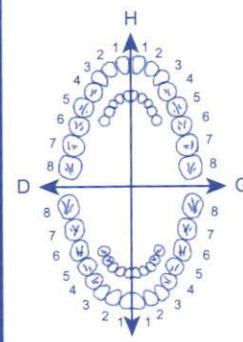
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | G 00000000 B | MONTANTS DES SOINS |
|  | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | 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 وجراحة العيون

- جراحة الحالة - المول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

07/06/2021

Casablanca, le :

SAHABI

Abderahmane

- ARES 250 cpmés

1 comprimé, le matin et soir, pendant 5 jours

30,30

- ICOMB COLLYRE

1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 1 mois

45,90

- CILOXAN COLLYRE (Ciprofloxacin) 0,3%

1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 1 mois

99,00

- PHYLARM Solut° isotonique de NaCl)

1 toilette oculaire, à la demande,

- COMPRESSES STERILES 5cm x 5cm

1 application, matin et soir.

175,20

PPV: 30 DH 30

6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema

Remboursable AMO

PN: 406434

45,00 DH \$

89,00

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.

زاوية شارع أنوال وشارع 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



الدكتور عادل وحيدى

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

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الخلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

Casablanca, le :

07/06/2021

SAHABI Abderahmane

GLYCEMIE A JEUN - HBA1C

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed TAZI
BIOLOGISTE
78, Rue d'Algérie - Casablanca
Tel: 05 22 27 88 28 - Fax: 05 22 29 64 86

Dr. Adil WAHIDY
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
2ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

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 الترامواي 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



مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur ADIL WAHIDY

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen

Abdelmoumen Center, 2ème étage, N°211

CASABLANCA

Examen du 14/06/21 - Edité le 14/06/21

Monsieur SAHABI ABDERAHMANE

Réf. : 21F683

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

BIO CHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

| | | | | | | |
|--|------|-----|-----|--------|-------------|------|
| <u>GLYCEMIE A JEUN</u> ----- | 1,45 | g/l | 8,0 | mmol/l | 0,70 - 1,10 | 1,59 |
| ou | | | | | 28/05/21 | |
| <u>HEMOGLOBINE GLYQUEE - Hb A1 C</u> ----- | 7,4 | % | | | 4 - 6,3 | |

Dr. Tazi

HemoGlobine

LABORATOIRE TAZI
TAZI KARIM
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tel: 05 22 27 68 08 - Fax: 05 22 29 64 86

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86



I.F 40 30 32 50 ICE 001656516000089 INPE: 093001246

T.P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le lundi 14 juin 2021

Monsieur SAHABI ABDERAHMANE

| | |
|------------|--------|
| FACTURE N° | 328778 |
|------------|--------|

| Analyses : | | | |
|------------------------------|---------------|-----|---------------|
| Chimie : Glycémie (à jeûn) | B | 30 | |
| Chimie : Hémoglobine glyquée | B | 100 | Total : B 130 |
| Prélèvements : | | | |
| Sang | Pc | 1,5 | |
| | TOTAL DOSSIER | | 200,00 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed BILOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
tel: 0522 27 28 08 - Fax: 0522 29 64 86