

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## biologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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 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

77491

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2073 Société : QAM

Actif  Pensionné(e)

Autre : Vendeur

Nom & Prénom : Boudjaj Mimoune Date de naissance :

Adresse : EP. SEGMA

Tél. : ..... Total des frais engagés : 223,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. WAHIBY AMI  
Dr. WAHIBY AMI  
Abdeloumane Ben Ali, 20000 Casablanca  
et Bld. Abdelloumane Zémid Bey  
Tél. : 05 22 86 52

Date de consultation : 14/06/21

Nom et prénom du malade : Boudjaj Mimoune Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : contact ast et ce p droit

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

Le : 14/06/21

Signature de l'adhérent(e) : SL

### 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
14/06/21	CNS		6	DR. WAMIAK 30/06/21 CNS

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur PHAR. A. M. E. M. A. K. Rue Saïda Ibou Zounsim - Palmiers Télé: 05 22 25 55 86	14/06/21	213.80

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. WAMIAK	30/06/2021		

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H 25533412 2143552 00000000 00000000				
	D 00000000 00000000 35533411 1143553				
	B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DEBUT D'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				FIN D'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 و جراحة العيون

- جراحة الجلالة - الخول - مسال الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

14/06/2021

Casablanca, le :

BOUDJAJ Mimouna

33.600 - ARES 250 cpmés Matin Soir 10.6100

1 comprimé, le matin et soir, pendant 5 jours

10.30 - ICOMB COLLYRE

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

45.50 - CILOXAN COLLYRE (Ciprofloxacine) 0,3%

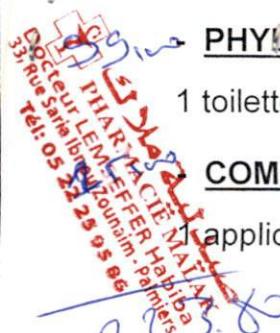
1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 8 jours

- PHYLARM Solut° isotonique de NaCl

1 toilette oculaire, à la demande,

COMPRESSES STERILES 5cm x 5cm

1 application, matin et soir,



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.

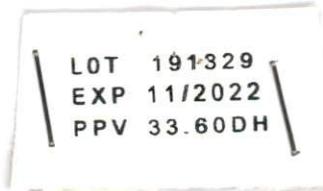
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

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



Ophtalmologiste



اختصاصي في طب و جراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phako)

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

- تصحيح البصر لايتك

30/06/2021

Casablanca, le :

**BOUDJAJ Mimouna**

147.00 - THEALOSE 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



Dr. A. WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
Etage N° 211 Casablanca  
Tél: 05 22 86 14 18 / 05 22 86 14 18  
GSM: 06 44 05 49 05  
E-mail: adilwahidy28@gmail.com

VR27621 OMAR/0919



3 662042 003295  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHERM  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

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

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