

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.

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.

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

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° M21- 062388

83740

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHABI Abderechmene

Date de naissance : 1951

Adresse : 10 Rue Nikheil Nouadine Apt 10 Casablanca

Tél. : 0619863521 Total des frais engagés : 4399,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2021

Nom et prénom du malade : SAHABI Abderechmene Age :

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

Nature de la maladie : Cornée

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 : 11/07/21

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/07/21 | CUS | | 210,00 1kg | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE GOURA 142, Av. My Hassan I Casablanca Tél.: 05 22 27 71 45 HABBACH KHADIJA | 15/07/21 | 149,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

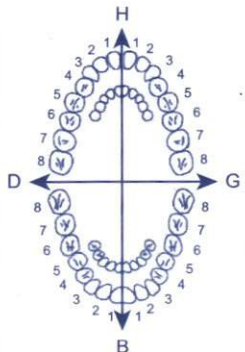
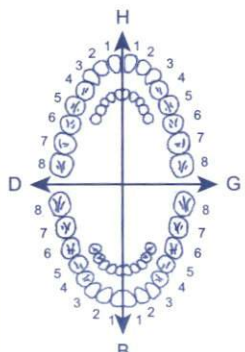
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|--------------------------|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Prince Optic Rue du Prince My. Abdellah CASABLANCA Tél: 22.25.40 | 07/09/20 | | optique + 2 verres | | | 4000 \$ |

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>H</td> <td></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>B</td> <td></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] | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

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



- جراحة الجلالة - الخول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايك

15/07/2021

Casablanca, le :

SAHABI

Abderahmane

149,00

- 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



Adil Wahidy
Abdelmoumen Center
142, Av. My Hassan 1er, Casablanca
Tél : 05 22 27 71 45
GSM : 06 44 05 49 05

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



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

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايكز

15/07/2021

Casablanca, le :

SAHABI Abderahmane

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : $(114^{\circ} -1,00) + 0,50$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(83^{\circ} -0,75)$, Addition + 2,50

Prince Optic
26, Rue du Prince My. Abdellah
CASABLANCA
Tél: 22.25.40

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen
2ème Etage N°211 - Casablanca
06 44 05 49 05

الأمير نظارة ش.م.م. PRINCE OPTIC S.A.R.L.

26, Rue du Prince Moulay Abdellah - Casablanca

الدار البيضاء

Tél. : 05 22.22.25.40
Fax :

الهاتف : 05 22.22.25.40
الفاكس :

Prince Optic
26, Rue du Prince My. Abdellah
CASABLANCA
Tél: 22.25.40

Mr Sahabi:

ABderahmane

Casablaca, le : 07/09/2021

Facture N° 04285

| | Prix |
|--|---------|
| Prescription : OD : + 0,50 (- 1,00 à 114°) | |
| OG : Plan (- 0,45 à 83°) | |
| Add : + 2,50 | |
| Monture : Optique | 900 dh |
| Nature des verres : Progressif organique 1,5 | 3100 dh |
| antireflet multicouche | |
| Diamètre ø 55 | |
| Numéro de Nomenclature : OD : 431 OG : 431 | |
| Total dont T.V.A comprise | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre mille | 4000 dh |
| dischams | |

Prince Optic
26, Rue du Prince My. Abdellah
CASABLANCA
Tél: 22.25.40