

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 6 mois.

123108

Déclaration de Maladie : N° S19-0000187

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1960 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIMANE SABAH Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2357 Total des frais engagés : 508,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/06/2022

Nom et prénom du malade : SLIMANE SABAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : COONCTE optique

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 : Casa b Peanca Le : 26/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

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
24 06 22	CHS		210,00	DR. WAFI Abdelmoula et Cie Abidjan CL: 05 22 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 092041094	26/06/22	258.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
LUNETTES ISLAM 134, Rue des Anglais Bihia Idida Casablanca	27/06/22					300,00

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	00000000 11433553		Montants des soins
	B			Date du devis
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date de l'exécution
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ophthalmologist

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

Expert in Eye Surgery and Eye Diseases

- Eye Surgery - Eye Disease
- Eye Laser - Eye Vein Treatment - Eye Laser
- Eye Surgery - Eye Disease
- Eye Surgery - Eye Disease
- Eye Surgery - Eye Disease

24/06/2022

Casablanca, le :

SLIMANE

Sabah

76.2
- AZYTER COLLYRE UD



1 drop, 2 times a day, in both eyes, for 3 days

35.2
- PHYLARM 10ml(Solut° isotonique de NaCl)

1 oculicure, as requested,

147.2
- TOBRADEX COLLYRE (Tobramyc Dexaméthas)fl

1 drop, 4 times a day, in both eyes, for 15 days

28.5
- THEALOSE Collyre fl

1 drop, 3 times a day, in both eyes, for 3 months



DR. Adil WAHIDY
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen
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

جمع 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

Abd el Mounen Center
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen
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



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275
ICE : 00547430000120

Facture

0003650

Casablanca, le

22/07/2022

M. SLIMANE Sabeh Doit

Monture des Verres	Vision de loi	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
OD 1 A AL 1.972	OD 402 OG 402	OD / OG /	OD / OG /	OD / OG /
Monture	Métal	Plastique		
V.L. : - OD..... - OG.....	166 - 260 - 180 - 2			1100 800 700
V.L. : - OD..... - OG.....			1	
ADD./.....			1	
TOTAL				3000,-

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira Jdida

Casablanca

Arrêtée la présente facture à la somme de

Rue de

Tarje



Ophtalmologiste

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

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلاة - الحول - مسال الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايرك

24/06/2022

Casablanca, le :

SLIMANE Sabah

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (166° -2,50) -1,50

Oeil Gauche : -2,00

~~LLUNETTES ISLAM~~
184, Rue des Anglais Bnra Jdida
Casablanca

Dr Adil WAHIDY
Anglo Islamic Optics Center
211 Bd Abdelmoumen
Casablanca 46 33 25

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 الخميس : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com