

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.

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

M22- 0010146

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : RAM 105462
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Rouissi Tahra
 Date de naissance : 01/01/1951
 Adresse : 10, Allée Androuède quartier des hôpitaux
Casablanca
 Tél. : 0637926793 Total des frais engagés : 10 000 Dhs

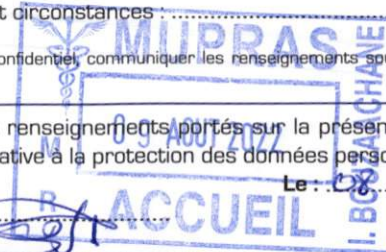
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 17.06.22
 Nom et prénom du malade : Rouissi Tahra Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Comète rétinienne
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 08 / 08 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
11/06/22	CUS		210,00	
22			163	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

6.8.2022

10.000,00

INP

095042663

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
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

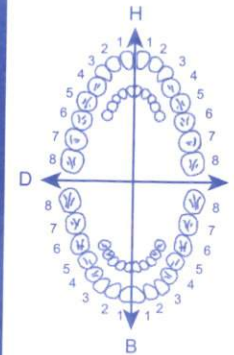
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXECUTION



Ophtalmologiste

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phako)

- جراحة الجلالة - الجول - مساك الدموع

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

- تصحيح البصر ليزك

Mat = HSA

17/06/2022

Casablanca, le :

ROUISSI

Tahra

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (100° -1,00) + 1,25 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (74° -1,25) + 1,25 , Addition + 2,50

OPTIQUE
Adaptation de la vue
Tél: 0522 26 14 18 / 08 08 38 51 88
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél: 0522 26 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM: 06 44 05 49 05
E-mail: adilwahidy28@gmail.com

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211 Casablanca
Tél: 0522 26 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM: 06 44 05 49 05
E-mail: 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

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 OPTOMETRIE
MIRI**

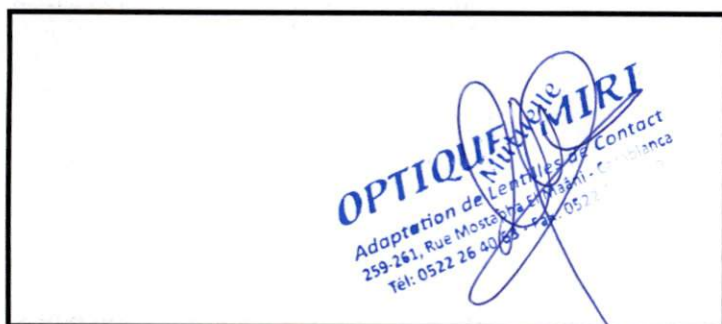
259-261 Rue mostafa El Maâni
Tel : 022 26 40 63 -Casablanca
Fax : 022 29 38 30

FACTURE N 124/2022

LE 06/08/2022

MME ROUISSI TAHRA

Natrcule 451



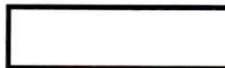
Ordonnance du médecin ADIL WAHIDY

NOMENCLATURE		LOIN	OD OG
DF			OD
Progressif	OD 431 OG 431	PRES	OG

FOURNITURES

1MONTURE

2 Verre organique PROGRESSIF NIKON PRESIO W SC BLEU 1,6



VL	VP
2 000	
8000	
10000	

La présente facture est arrêtée à la somme de :

Dix milles dirhams

HT = 8333,33

TVA 1666,67

R,C 197582

PATENTE 34202047

CNSS 1627093 TVA 807690

IF 41802900

ICE 001690017000087

Stamp of OPTIQUE MIRI with contact information and a signature. The stamp includes the text: "Adaptation de Lentilles de Contact", "259-261, Rue Mostafa El Maâni - Casablanca", "Tel: 0522 26 40 63", and "Fax: 0522 29 38 30".