

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-710820

127818

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8647	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HABIBI BENNANI ADIL
Nom & Prénom : HABIBI BENNANI ADIL			
Date de naissance : 23-09-1971			
Adresse : HABITUALE			
Tél. : 0661 327832		Total des frais engagés : 260 + 30000 Dhs	

Autorisation CNIDP N° : AA-215/2012

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 15/08/22			
Nom et prénom du malade : HOUmID BENNANI Ilyes			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Connecte 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26 AOUT 2012  
Signature :   
M. ACCUEIL KHM

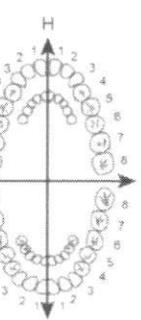


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/08/22	consultation		210,00	INP : 0900181575
			100	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
Lunette Islam 184. Rue des Anglais CASABLANCA	30022					Lunette Islam 184. Rue des Anglais CASABLANCA	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)
				INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> —————— 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>		
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>		

Ophtalmologiste

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



الدكتور عادل وحيد

- اختصاصي في طب و جراحة العيون
- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايتك

15/08/2022

Casablanca, le :

**HOUMID BENNANI** **Illyas**

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (27° -1,00) -2,75

Oeil Gauche : (174° -0,50) -2,75

Lunette Islam  
184, Rue des Anglais  
CASABLANCA

Dr. Adil WAHIDY  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
2ème étage N°211  
Casablanca  
Tél : 05 22 86 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 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 أنواو 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



# Facture

Lunette Islam  
184, Rue des Anglais  
CASABLANCA

N° 4000

# نظارات إسلام LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275  
ICE : 002212845000044  
IF : 30011276 - INP : 33610708

Casablanca, le 16/08/2022

M. HOAMID BENNANI ELYAS Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Près	Doubles foyers	Varilux
Monture	Métal	Plastique		
Crème OR AC	OD 1 OG 1	OD 1 OG 1	OD 1 OG 1	OD 1 OG 1
V.L. : - OD.....				1000,-
- OG.....				1000,-
V.P. : - OD.....				1000,-
- OG.....				
ADD. /.....				
<b>TOTAL</b> .....				<b>3000,-</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de 3000,- Dhs Tous nuls