

## 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 Fakih et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôtel Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-729487

130037

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12608			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SLIMANI Amine			
Date de naissance : 08/09/87			
Adresse : Rue El Basra N°48 apt 3 B1 Abdellaziz			
Tél. : 0660 705912 Total des frais engagés : 3824,65 Dhs			

Autorisation CNDP N° A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachez du médecin :	Med. HAMDANI OPHTALMOLOGISTE
	24 Rue Imame Aloussi-Bourgogne	
	Tel. : 0522 27 67 46/51 (L.G)	
	Casablanca	
	INPE: 091071886	
	Date de consultation : 09/09/2022	
	Nom et prénom du malade : SLIMANI Amine	
	Age : 35	
	Lien de parenté : Soi-même	
	Conjoint	
	Enfant	
	Nature de la maladie : Allergie	
	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 : 1/1/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/09/21	S + F80	3 02	INPE: 091071886	INPE: 091071886 Pr. Méd. HAMIDANI OPTALMOLOGISTE 24, Rue Imame Aloussi-Bourgogne Tél: 0522 27 67 46/51 (L.G) Casablanca INPE: 091071886

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WATO 3, Rue Habacha Day Ould Sidi Baba Chellaf - Casablanca	07/09/2022	224.60

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

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 treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments: Masticatoire, Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession)	<b>Coefficient</b> (INP: _____)										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> _____										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> _____										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> _____										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> _____										
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	H
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	H													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> _____										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> _____										
				<b>DATE DU DEVIS</b> _____										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> _____										

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار  
طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

Slimani

2019/22  
الدار البيضاء في

Anne

28,60  
ChimioCatu ~~31,55~~ = 18.

98,50 x 2

~~31,55~~

~~31,55~~

PHARMACIE WATO  
153 Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Bab Ghellaf - Casablanca  
T 0522 25 10 00

Nailipo.

~~18,50 x 3/5~~  
à renouveler

22,60

Hygiène des paupières +++.

Dr Med HAMDANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
24, Rue Imame Alloussi, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (ابن القاسم - بدر) بورشون الدار البيضاء

05 22 26 66 77 - 05 22 27 67 46 / 51 : الهاتف

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr



Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار  
طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات باريس

Casablanca le : ..... الدار البيضاء في : .....

Hamdani  
Anne  
Lunelle prur VL

U. photochromiques  
(anti UV).  
anti reflet

Ø = (-160, -0,25)

LUNETTE ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Casablanca

Praticien: HAMDANI  
Ophtalmologiste  
24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, 46/51 (L.G)  
tel.: 0522 27 67 46 / 51 (L.G)  
INPE: 091071886

زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورڭون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 05 22 27 67 46 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr



# نظارات إسلام

## LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE: 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0017449

Casablanca, le 01.03.2022

M. SLIMANI A.M.N. Doit

Nature des Verres	Vision de Loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
VR MR	OD <i>400</i> OG <i>400</i>	OD <i>400</i> OG <i>400</i>	OD <i>400</i> OG <i>400</i>	OD <i>400</i> OG <i>400</i>
Monture	Métal	Plastique		
V.L : -OD	<i>(160 + 21) 100</i>		<i>1</i>	<i>15000</i>
-OG	<i>1 211</i>		<i>1</i>	<i>3000</i>
V.P. : -OD			<i>1</i>	<i>3000</i>
-OG			<i>1</i>	<i>3000</i>
ADD /				
TOTAL				<i>33000</i>

LUNETTE ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Casablanca

Arrêtée la présente facture à la somme de

*33000* mille trois