

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-783430



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

09.10.1

### Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ZAMRANE Abdellah

Date de naissance :

17/02/1965

Adresse :

HABITUEL

Tél. :

6800,00

### Autres

Société :

Casa Aera

A b657A

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/05/23

Nom et prénom du malade :

me ZAMRANE Abdellah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

compte

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.

6 JUIN 2023

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

Le : 20 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

answe



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
23 05 23	CHS		3000,00 1kg	INP : <u>chonsly</u> 

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					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	5/6/2023			Non remb. Morales	6500,

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE						
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> 					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



Casablanca le 5/6/2023

## FACTURE 2421023

M..... ZAHRAE..... ABDELI LATI.....

1	Monture .....	2500,
2	Verre Torique sphérique Orga-minérale Ø ..... Progressif 1.6	4000, $O_1: +2.00 (-0.25 \times 180)$ $O_2: +1.25 (-0.25 \times 180)$ ADD: +2.21
	Nomenclature .....	
	TOTAL	6500,

Arrêtée la présente facture à la somme de Six Mille Cinq Cent

*du han*

*Lotissement Mustakbal, Imm A86, N° 2 Sidi Maarouf - Casablanca  
RC: 359672 /Patente:n°36142568 /IF: 50742568/ICE: 001031480000001  
Tél.: 0522 97 49 37*

(TVA 20 % incluse)

VIEENVOIR OPTIQUE  
Lotissement Mustakbal, Imm A86, N° 2 Sidi Maarouf - Casablanca

RC: 359672 /Patente:n°36142568 /IF: 50742568/ICE: 001031480000001

Tél.: 0522 97 49 37



Ophtalmologiste

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

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلالة - الخول - مسال الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

23/05/2023

Casablanca, le :  
**ZAMRANE      Abdelilah**

## PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (120° -0,25) + 2,00 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : (130° -0,25) + 1,25 , Addition + 2,25

*OPTICEN DPTOMAR TRISTE  
SIDI MOUSSA KBEA 2222 97 Casablanca  
Tél : 0522 485 N°2*

*Dr. Adil WAHIDY  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anoual N°211  
2ème Etage N°200  
Abdelmoumen  
Casablanca  
GSM : 0661 48 35 35  
Tél : 0522 86 14 18*

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18

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 : 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

Ophtalmologiste



الدكتور عادل وحيدى

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

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلالة - الخول - مسال الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحیح البصر لایزک

23/05/2023

Casablanca, le :

ZAMRANE                   Abdelilah

- PHYLARM 10ml(Solut° isotonique de NaCl)

1 toilette oculaire, à la demande,

Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Casablanca  
Maroc

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18  
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 : 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com