

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



153305

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024084

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11645 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL IDRISSI Touna Date de naissance : 06/01/74  
 Adresse : pôle urbain NOUACEUR  
 Tél. : 0661062069 Total des frais engagés : 1950.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/01/2023  
 Nom et prénom du malade : Mr EL IDRISSI Touna Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :  
 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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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 - 8ème 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



# 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
26-01-2023	Consultation Spéciale	2	2000	


## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.01.23	150.00
		092093087

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

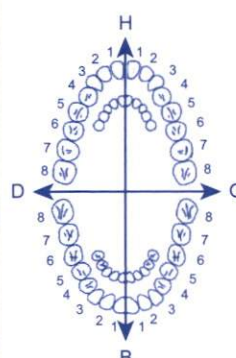
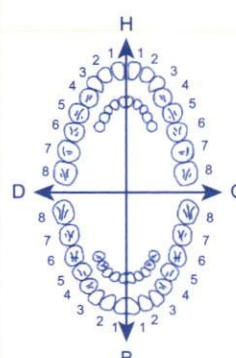
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	26/01/2023					1500 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mme EL IDRISSI TOURIA**

Monture pour vision de près + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis

VP :

ODG = + 2.00

**OPTIQUE YOUNESS**  
Rokneddine Mohamed  
Opticien Optometriste  
Souk Ketch, Bloc EE N° 15  
Casablanca Tél: 0661 65 09 77

**OPTIQUE YOUNESS**  
Rokneddine Mohamed  
Opticien Optometriste  
Souk Ketch, Bloc EE N° 15  
Casablanca Tél: 0661 65 09 77

الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق -  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
6 Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6  
Tél : 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 - Casablanca

Casablanca, le \_\_\_\_\_

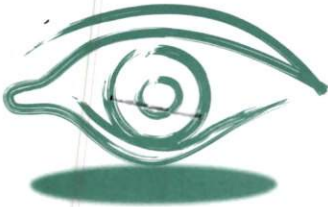
**26/01/2023**

96, شارع 2 مارس, إقامة وليلي العمارة أ, الطابق 2, الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 0522.86.05.57 / 58

INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046





الدكتور محمد علي بنعبد الرازق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),

Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mme EL IDRISSI TOURIA**

150,00  
HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars Résidence Walili Imm. A N°6  
Tél 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 Casablanca



Casablanca , le

**26/01/2023**



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

### NOTE D' HONORAIRES

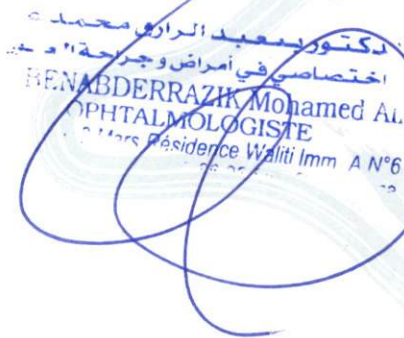
Le Docteur BENABDERRAZIK MED ALI

A l'honneur de présenter sa Note D HONORAIRE

MME EL IDRISSE TOURIA

CONSULTATION SPECIALISEE : 300 DH

Cachet et signature



Casablanca, le 26-01-2023

# OPTIQUE



# YOUNESS

ROKENEDDINE Mohammed

## FACTURE

محمد ركن الدين

Souk Koréa Bloc (EF)

N°15 - Casablanca

Tél : 06 61 65 09 77

R.C : 247708

Patente : 45519260

ICE : 000885021000189

IF : 3661440

N° 0000877

سوق القريعة بلوك (EF)

الرقم 15 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 65 09 77

س.ت. : 247708

Casablanca, le

21/02/2023

M

EL IDRISSI

TOURIA

Doit

Docteur

Mohamed Ali BENABDEKRAZIK

Nomenclature N°

113

VL OD : cyl sph

OG : cyl sph

VP OD : cyl sph

OG : cyl sph

Verres :

Junghe AR 161

Montures :

Optique

Facture arrêtée à la somme de :

Une Cinq Cents DA

OPTIQUE YOUNESS

Rokeneddine Mohammed

Opticien - Optométriste

Souk Koréa Bloc EF N° 15

Casablanca Téléphone : 06 61 65 09 77

PAYÉ EN ESPECE

90

90