

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.

Diologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1050**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **EL ATRAK ABDELKrim**

Date de naissance : **1950**

Adresse : **14 Rue ATHENE 2 Mars CASA**

Tél. : **062343962** Total des frais engagés : **631** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HENAB RIZIK Mohamed Ali
OPTICAL MULOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence Wajid Imm A N°6
Tel 0522 86 05 57/0522 86 06 57 Casablanca

Date de consultation : **16/03/2020**

Nom et prénom du malade : **EL ATRAK ABDELKrim** Age : **1950**

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 : **CASA**

Le : **28/06/2020**

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
16-03	Consultation	1	2000 H	
22-03	spécialiste C2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANNE PHARMACEUTIQUE 18, RUE ANDREE 75018 PARIS Tél. : 05 22 83 02 45 INPI	16/03/2020	381.00

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

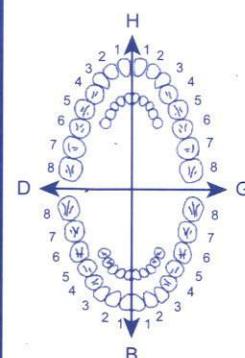
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلجيا (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.

Mr. ELAZRAK ABDELKRIM

127100 X 3 = 381.00



XALATAN: collyre

1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21,rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 127DH00

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21,rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 127DH00

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21,rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 127DH00

36 Avenue 2 Mars Résidence Walili Imm A N°6
Dr. BENABDERRAK Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
Tél: 0522 86 05 57/0522 86 05 56 Casablanca

RADIOPHARMACE DE LISBONNE
3, Rue Anatole France 21000 Casablanca
Tél: 0522 86 05 57/0522 86 05 56
INPE: 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046

Casablanca , le

16/03/2020

0522.86.05.57 / 58 . شارع 2 مارس. إقامة وليلي العمارة 1. الطابق 2. الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 58

96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2^{ème} étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

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

INPE: 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046