

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 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

N° W21-615836

Dos n°
63381

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AJAL OTMANE

Date de naissance :

01/07/1948

Adresse :

95 RUE ORJOUANE APT 5 HAY RABE

CASA

Tél. : 061253351

Total des frais engagés :

304,70

Dr BENABDERRAHMANE M'hamed Ali

OPHTALMOLOGISTE
Tél 0522 86 05 57/0522 86 05 58
Résidence Walid Imm A 16
Casablanca

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02-03-2021

Nom et prénom du malade : Dr AJAL OTMANE

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 :

Le : 02/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

5 MARS 2021
ACCUEIL

| 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 |
| 02-03 | Consultation | | 2000 DT | INP : 1091020347 Dr. M. RAZIK Mohamed Ali 96 Avenue 2 Mai Tunis 228605570322860558 Residence Wallouf, 100 Ame |
| 2021 | Consultation | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE ALAIN STEPHANIE GARREAU 10, rue de la République 75020 PARIS Tél. 01 42 65 22 22 | 02/03/2011 | 5412 |

| 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 Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 l'ODF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées (empty table rows) | Nature des Soins (empty table rows) | Coefficient (empty table rows) | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des Soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'Execution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'Execution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | H | | D | 25533412 21433552 | B | 00000000 00000000 | G | 00000000 00000000 | H | 35533411 11433553 | B | |
| | | | | | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | D | 25533412 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | B | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | G | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coefficient des Travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montants des Soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date du Devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de l'Execution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (empty table rows) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (empty table rows) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (empty table rows) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (empty table rows) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إخلاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

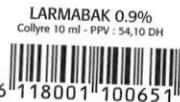
خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

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.

Mr. AJAL OTMAN

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Dr. Mohamed Ali BENABDERRAZIK
Mme. Amina DAOUDI
PHARMACIE AL AMNA
Mme. Amina DAOUDI
13 Rue Amara Ben Mebarek
Casablanca - Tél : 05 22 38 09 70

الدكتور محمد علي بنعبد الرازق إخلاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTHALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A - 2^{ème} étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca
Tél : 0522 86 05 57/0522 86 05 58 Casablanca

Casablanca , le

02/03/2021

96, شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة 1، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 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

INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046