

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-662144

*Par
pour
RAM*

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	12029	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
EL GAOUIZI HAJAR		
Date de naissance :	02 06 1982	Sexe :
Adresse :		
Habni tuelle		
Télé. :	0661322061	Total des frais engagés :
1000 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<i>Dr. S. BENABDERRAZIK OPHTHALMOLOGISTE 6. AV. du Prince Mly Abdallah Tel. : 0537 20 36 54 Fax : 0537 20 36 35</i>		
Date de consultation	03 NOV 2021	Age:
Nom et prénom du malade	ELGAOUIZI HAJAR	Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Journe	<input type="checkbox"/> Enfant
correcteur		
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) :

Le : 31/11/2021

Soh

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
03 NOV 2021	F	-	300.00	INP : 10102048 Dr. S. BENABDERRAZI OPHTALMOLOGISTE 6, Av. du Prince Mly Abdellah Tél : 0537 20 36 54 Fax : 0537 20 36 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie K... 100 Dr. CHEDDAH Hania D. C. DENTAL - Casablanca Faculté de LIL AL FATH 358, Av. Mohamed V - Rabat Tel.: 05 37 72 24 22	03/11/2021	20.00.

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	IV	
• ABZ • 7, Rue Bachir Laalej CASABLANCA	31/11/2021					600
						200

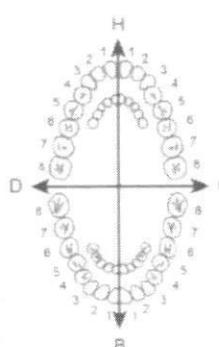
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

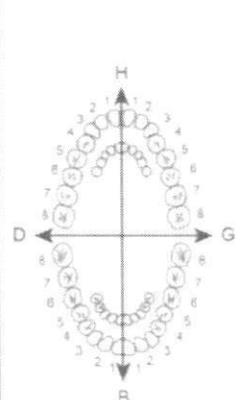
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
-------------------------	--

MONTANTS DES SOINS	
--------------------	--

DEBUT D'EXECUTION	
-------------------	--

FIN D'EXECUTION	
-----------------	--

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
-------------------------	--

MONTANTS DES SOINS	
--------------------	--

DATE DU DEVIS	
---------------	--

DATE DE L'EXECUTION	
---------------------	--

Docteur Saad BENABDERRAZIK

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

ex - attaché à l'Hôtel - Dieu de Paris

Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie réfractive

Angiographie - Laser

6, Av. du Prince Moulay Abdellah

Rabat

Tél /Fax : 05 37 20 36 54/55

E-mail: benabderrazik.ophtalmo@gmail.com

, le mercredi 3 novembre 2021

Mme ELGAOUIZI Hajar

Pharmacie Renaissance
Dr. GUEDIRA Hajar
Docteur en Chirurgie
Faculté de Médecine de Paris
356, Av. Mohammed V - Rabat
Tél.: 05 37 72 24 22



20.00

- CORRECTOL

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours



Dr. S. BENABDERRAZIK
OPHTALMOLOGISTE
8, Av. du Prince Mly Abdallah
Tél. : 0537 20 36 54
Fax : 0537 20 36 55

Docteur Saad BENABDERRAZIK

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
ex - attaché à l'Hôtel - Dieu de Paris
Maladies et Chirurgie des yeux
Chirurgie réfractive
Angiographie - Laser

6, Av. du Prince Moulay Abdellah

Rabat

Tél /Fax : 05 37 20 36 54/55

E-mail: benabderrazik.ophtalmo@gmail.com

, le mercredi 3 novembre 2021

Mme ELGAOUIZI Hajar

VERRES CORRECTEURS

Oeil Droit : -0,25

Oeil Gauche : (-0,25) à 105°

ANTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE ANTI UV+MONTURE

AB2N
7, Rue Bachir Leblej
CASABLANCA

Dr. S. BENABDERRAZIK
OPHTALMOLOGISTE
6, Av. du Prince Mly Abdellah
Tél. 0537 20 36 54
Fax : 0537 20 36 55

Facture : #004481

Informations Facture

FACTURE N° : F00004481

EL GAOUZI HAJAR

16/11/2021

Mobile: +212661322061

	Oeil droit	Oeil gauche
SPHÈRE	-0.25	0
CYLINDRE	0	-0.25
AXE	0	105
ADDITION		
ECART PUPILLAIRE		
HAUTEUR		

Produit	Quantité	P.U (DHS)	Total HT (DHS)
Monture	1	400.00	400.00
	Vision de près / loin Standard Anti-lumière bleue + Anti-reflet	250.00 DHS	
	Sous-total HT	541.67 DHS	
	TVA	108.33 DHS	
	Total	650.00 DHS	



Adresse : 7 rue Bachir Laalej, Derb Ghallef / Av. Abdelmoumen

Tél : +212 6 69 71 53 10 | +212 6 69 90 32 06 | Email: contact@nadaristore.com

AB2N IF : 47317816 | RC : 482035 | PATENTE : 34750751 | ICE : 002641370000029

Dr Saad BENABDERRAZIK

Oculiste

Collégial de la faculté de Médecine de Paris

-attaché à l'Hôtel - Dieu de Paris

03 NOV 2021

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom Patient : ELGAOUIZI HAJAR

Acte : Consultation

Honoraires : 300.00 DH

Dr. S. BENABDERRAZIK
OPHTALMOLOGISTE
6, Av. du Prince Moulay Abdallah
Tél.: 0537 20 36 54
Fax: 0537 20 35 55