

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-662144

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12029

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL GAOUZI HAJAR

Date de naissance : 02 06 1982

Adresse : Habitude

Tél : 0661322061

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 03 NOV 2021

Nom et prénom du malade : EL GAOUZI HAJAR

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Joints cornéens

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

3/11/2021

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03 NOV 2021	F	-	3.000.00	INP : 6060 20 488 Dr. S. BENABDEKAZIZ OPHTALMOLOGISTE 6, Av. du Prince Mly Abdallah 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... .. Dr. GUENIN Heng D... .. Facture de L... .. 350, Av. Mohamed V - Nhat Tél.: 05 37 72 24 22	03/11/2021	20.00.

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

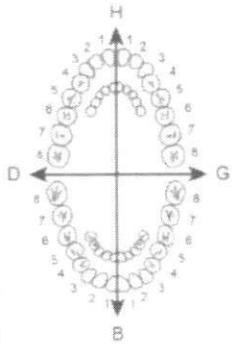
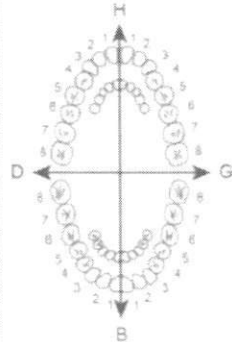
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 ELGAOUZI Hajar

Pharmacie Renaissance
Dr. GUEDIRA Hajar
Docteur en Pharmacie
Faculté de Lille
356, Av. Mohammed V - Rabat
Tél.: 05 37 12 24 22



20.00

- CORRECTOL

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



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

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 ELGAOUZI Hajar

VERRES CORRECTEURS

Oeil Droit : -0,25

Oeil Gauche : (-0,25) à 105°

ANTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE ANTI UV+MONTURE

AB2N
7, Rue Bashir Laalej
CASABLANCA

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

Facture : #004481

Informations Facture

FACTURE N° : F00004481

EL GAOUZI HAJAR

Mobile: +212661322061

16/11/2021

	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

AB2N
7, Rue Bachir Laalej
CASABLANCA

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

Ophthalmologiste

Professeur à la faculté de Médecine de Paris

Attaché à l'Hôtel - Dieu de Paris

03 NOV 2021

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom Patient : ELGAOZZI HAJAR

Acte : consultation

Honoraires : 300.00 DH

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