

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060507

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4643 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHRA Ali

Date de naissance : 08-02-1953

Adresse : BP 4002 Darb Sultan eP fida

darb Sidna casablanca

Tél. : 0661215936 Total des frais engagés : 5265.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Bel faken

Nom et prénom du malade : Bel faken 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 : Casablanca Le : 06/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Bel faken

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
25 MAI 2022		g	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUDOUMA 4 lotissement el wafaa Derboua Tél : 05.22.53.20.54	25/5/22	65.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

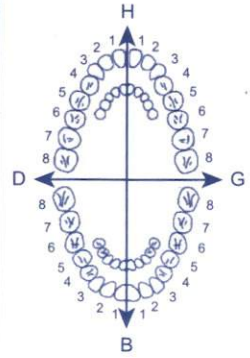
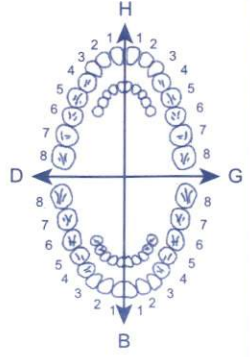
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/06/22					

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 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 COEFFICIENT 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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(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

د أمراض وجراحة العيون الادريسية I

Docteur Razik Abdallah

Spécialiste Maladies et
Chirurgie des Yeux

Ex. Médecin des F.A.R.

Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août

Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK



بإذن الله رازق
في جراحة العيون
تأهيل المملكية

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة الجلالة - العدسة - طنبسون -

الحول - مسالك الدموع - فحص وراديو الشبكة -

علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر

تصحيح قصر البصر

فحص لرخصة السياقة

لا تغير تاريخ الفحص

Casablanca, le:

25/05/2022

BELFAKIR Rkia Ep Bahra

OXYAL Collyre(Hyaluronate de Na 0.15%)fl

goutte, 3-4 fois par jour en moyenne, et à la demande en cas de gêne, ou avant toute fixation visuelle prolongée, dans les deux yeux pendant 2 mois

ان استعمال النظارات الطبية بدون فحص طبي من طرف طبيب اختصاصي قد يؤدي الى خلل في العيون ونقص في النظر دائم خاصة عند الأطفال. هناك أمراض عيون عديدة : التهابات الحساسية طنين الضفط والسكري نقص في النظر وتحتاج الى علاج في وقت مبكر قبل النظارات

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22 53.20.54

DR. RAZIK Abdallah
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél.: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
INPE: 091 119354
ICE: 001700021000027

☐ Examen Complémentaire :

المرجوا الاتصال أو التواصل عبر الواتساب الرقم التالي : 0677.31.15.73

589 شارع أبا شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسية I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98

Optique el jazira

Opticien spécialiste

Patente : 55806843



نظارات الجزيرة

إختصاصي في النظارات البصرية

الباتنتا : 55806843

000776

Nom : BELFAKIR Prénom : RAKIR Date : 02/06/22

Ordonnance de Mr. le Docteur : RAZIK Abdallah

N° de nomenclature

Correspondant

à la prescription

OD

OG

VL . OD : axe

OG : axe

VL . OD : axe

OG : axe

- cyl - sph

- cyl - sph

- cyl - sph

- cyl - sph

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
1	Montures optiques	1500DH	1500DH
2	Verres Progressif Antireflet	1750DH	3500DH
	Etais		
		Total (dh)	5000DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

Cinq Mille dinars

OPTIQUE EL JAZIRA
OPTOMETRISTE
N° 55806843

عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسية I

Docteur Razik Abdallah

Spécialiste Maladies et
Chirurgie des Yeux

Ex. Médecin des F.A.R.

Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août

Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK



الدكتور عبد الله رازق

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة الجلالة - العدسة - طنبسون -

الحول - مسالك الدموع - فحص وزاديو الشبكة -

علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر

تصحيح قصر البصر

فحص لرخصة السياقة

لا تغير تاريخ الفحص

Casablanca, le: في الدار البيضاء،

25/05/2022

BELFAKIR Rkia Ep Bahra

.PROGRESSIFS

Oeil Droit : $(65^\circ - 0,50) + 1,75$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(130^\circ - 0,50) + 1,75$, Addition + 3,00

استعمال النظارات الطبية بدون فحص طبي من طرف طبيب اختصاصي قد يؤدي الى خلل في
تقويم النظر خاصة عند الأطفال. هناك أمراض عيون عديدة : التهابات الجسدية
المناعية والخطرة والسكري تصاحب نقص في النظر وتحتاج الى علاج في وقت مبكر قبل النظارات

VERRE + MONTURE

AL JAZERA OPTOMETRIE
N° 7688840027

DR

☐ Examen Complémentaire :

المرجوا الاتصال أو التراسل عبر الواتساب الرقم التالي : 0677.31.15.73

589 شارع أبا شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسية I

الدار البيضاء - الهاتف : 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98