

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **KARIMALLAH MOSTAFA**
 Date de naissance : **02/02/1957**
 Adresse : **LOT ELWANA BOUHA 13 ERCHID**
SETTATE
 Tél. : **0682514275** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. RAZIK Abdallah**
 Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
 Tél. : 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
 INPE : 091119354
 CE : 001700021000027
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : **KARIMALLAH MOSTAFA**
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **affection oculaire**
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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
08 DEC 2022		500		Dr. RAZIK ABOUWAH Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux Tél: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa INPE: 09 11 19 35 4 ICE: 001700021000027

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMMOUMA 244 lotissement el wafaa Tél: 05 22 13 20 54	8/12/22	319,20

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	

Le praticien est pr...ée, l'acte

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

IBRIMO® 0.2%
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

YK0238

Fab:

09 21

Exp:

09 23

P.P.V : 91 DH 50

navi®
EYE DROPS
GOUTTES OCULAIRES

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2.5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NRQDNM
PPV : 140,70 DH
406102 MA

Chirurgie Cataracte - Implants
Glaucome - Strabisme - Laser -
Angiographie - Traumatisme
LASIK

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت
جراحة الجلالة - العدسة - قشبيون -
الحول - مسالك الدموع - فحص ورايدو الشبكة -
علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
تصحيح قصر البصر
فحص لرخصة السياقة

لا تغير تاريخ الفحص

Casablanca, le 08/12/2022 في الدار البيضاء

KARIMALLAH Mostapha

TRAVATAN 40µg COLLYRE (Travoprost) fl

goutte, 1 fois/jour, le soir traitement sans arrêt, dans les deux yeux

IBRIMO COLLYRE

goutte, traitement sans arrêt, le matin et soir, dans les deux yeux,

NAVI INFLA

goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 mois

ان استعمال النظارات الطبية بدون فحص طبي من طرف طبيب اختصاصي قد يؤدي الى خلل في العين ونقص في النظر دائم خاصة عند الاطفال. هناك امراض عيون عديدة : التهابات الحساسية طسبون الضفط والسكري تصاحب نقص في النظر ونحيط الي علاج في وقت مبكر قبل النظارات

☐ Examen Complémentaire :

0677.31.15.73 : المرجو الاتصال أو التواصل عبر الواتساب الرقم التالي :

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

0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98 - الهاتف - الدار البيضاء

Dr. RAZIK Abdallah
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
N°PE: 091119354
001700021000027