

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000198

168028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1909 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUI LOU BRAHIM

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 07 portes California résidence du Lac

Unité 8 Apt n° 10 mandara Ain chek

Tél : 06 73 17 8484 Total des frais engagés : 13052,00 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE

Date de consultation : 01/07/2023

Nom et prénom du malade : Mr & Khadija Bouam Age : 67 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : Casablanca Le : 20/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

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.


**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



# 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
04-07-2023	Consultation spécialisée	2	3000	


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	Date	Montant de la Facture
	4/7/23	152,00
	092058908	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

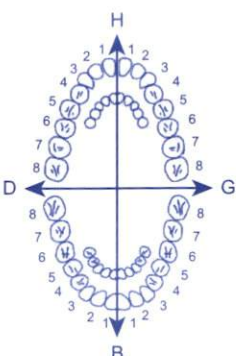
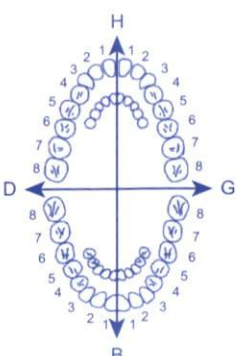
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19-07-23					2600

# 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'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> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		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"/>
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد علي بنعبد الرازيك  
إختصاصي 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.

**Mme EL KHANOSSI SOUAAD**

58.00

**INDOCOLLYRE 0.1%: collyre**

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 21 jours

94.00

**XAILIN HA**

1 Gtte x 3 par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

752.00

INDOCOLLYRE 0.1% LOT/ رقم النسخة  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

H9589  
03-2023  
08-2024



Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A N°6  
Tél: 0522 86 05 57/0522 86 05 58

Casablanca, le **04/07/2023**

Natriumhyaluronat 0,2% m/v

Augentropfen

Benetzender Schutz

für trockene Augen

Konservierungsmittelfrei im Auge

Für Kontaktlinsen Träger geeignet

**Xailin®**  
 **HA**

Hyaluronate de sodium 0,2% p/v

Collyre

Lubrification et protection de l'œil contre  
les sensations de sécheresse oculaire

Sans conservateur dans l'œil

Peut être utilisé par les porteurs  
de lentilles de contact

10 ml VISU<sup>pharma</sup>

**DE Enthält:** Natriumhyaluronat

0,2% m/v, Natriumperborat, in wässriger,  
gepuffter Trägerlösung. Inhalt 28 Tage  
nach Anbruch verworfen.

Gebrauchsinformation beachten.

Für Kinder zugänglich und nicht  
sichtbar abzuwehren.

**FR Contient :** Hyaluronate de sodium

à 0,2% p/v, perborate de sodium, dans

une solution aqueuse tamponnée, Jeter

le contenu 28 jours

ou

Te

en

**N**

g/v

gei

daj

flaz

Bui

kins

**RO**

m/v

tam

zile

instr

Inde

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS



PZN 10713511



# AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق, شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0005441

Docteur : Mohamed Ali Ben Abderrazik  
Mr. : EL Khanoussi Smaad

## Nomenclature :

Montures :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL : } \text{Optique } 800, \text{ no} \\ \text{VP : } \text{---} \end{array} \right.$

Type de verres : Organique  
progressifs

### \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 100° Cyl : -0,50 Sph : +1,50 900, no

OG : Axe : --- Cyl : --- Sph : +0,75 900, no

### \* VISION DE PRES :

OD : Axe : --- Cyl : --- Sph : ---

OG : Axe : --- Cyl : --- Sph : ---

Add : +2,75



= 2600, DH

Total : deux mille six cent DH

Date : 19 / 07 / 2023



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي 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.

**Mme EL KHANOSSI SOUAAD**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 1.50 (- 0.50 à 100°)

OG = + 0.75

VP :

ODG = Add : + 2.75



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
16, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6  
0522.86.05.57 / 58 Casablanca

Casablanca , le -- **04/07/2023** --