

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 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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06938

Société :

Optique

Autres

184377

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAISSA A. HAJER YACENIA

Date de naissance :

11/01/1962

Adresse :

sol. NIMAR 14000 Casablanca

Tél. : 068016990

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin:

Cachet du médecin :

Dr BENABDERPAZIK Mohamed Ali
OFHTALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence Wailji Imr A N°6
Tél 0522 86 05 57/0522 86 05 58 Casablanca

Date de consultation : 23/11/2023

Nom et prénom du malade : BELAITCH NASSIMA

Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27 NOV. 2023

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 : 27/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Déclaration de Maladie

M22- 0047972

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAISSA A. HAJER YACENIA

Date de naissance :

11/01/1962

Adresse :

sol. NIMAR 14000 Casablanca

Tél. : 068016990

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin:

Cachet du médecin :

Dr BENABDERPAZIK Mohamed Ali
OFHTALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence Wailji Imr A N°6
Tél 0522 86 05 57/0522 86 05 58 Casablanca

Date de consultation : 23/11/2023

Nom et prénom du malade : BELAITCH NASSIMA

Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27 NOV. 2023

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 : 27/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

g

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :

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
23-11	Occlusal		300.00	DR. M. ALMOLOUKI Mohamed Ali 0522 86 05 37 0522 86 05 38 Casablanca
2023	implant Cr.			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA DES DALIAS S. BOUSFIHA BOUHDAL 492, Bd Panoramique (Montpellier) - Tél: 0522 527 566	23/11/23	347,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

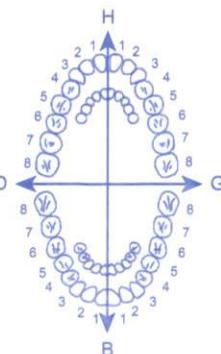
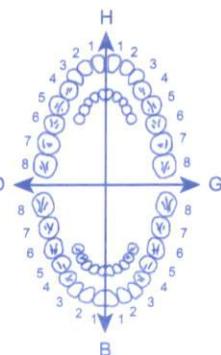
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411 11433553	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDEURAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine

Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier

أوتيبيرد®
Optipred®

Lot: A A 010-6
Fab: 12 22
Exp: 12 24
PPV: 23 DH 40

Mme BELAYACH Nassime



OPTIPRED COLLYRE

1 gttre x 3 / j, dans les deux yeux, pendant 8 jour.

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

AQUALARM UP INTENSIVE



1 gttre x 4 / j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

OPTIVE FUSION



1 gttre x 3/ j , dans l'œil gauche, pendant 10 jour

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

347,40

دكتور بنعبد الرزاق محمد علي
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Dr BENABDEURAZIK Mohamed Ali
OPHTHALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A N°6
Tél 0522 86 05 57/0522 86 05 58 Casablanca

صيدلية الدار
PHARMACIE DES DÁLIAS
Dr. S. BOUSETTA BOUHLAI
492, BIS Bd. Panoramique
Casablanca - Tel: 0522 527 560

Casablanca , le

23/11/2023

96 شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة 1 الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58 -
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2^{ème} étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21
المستعجلات : 0522.86.05.57 / 58