

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

W21-834811

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12617 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Miklās Nisrine

Date de naissance : 01/03/1988

Adresse : même adresse

Tél. : 0663031034

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. BDERRAZIK Mohamed Ali

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2024

Nom et prénom du malade : MIKLAS NISRINE Age :

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 :

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 : 06/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
02-01-2024	Consultation Spéc. ORL		3000 F	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/01/24	1500 F

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
		A M	P C	I M	- I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div>			
	<div> <div>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</div> <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>B</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div> </div>			
	<div> <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div>			
	<div> <div>Montant des Honoraires</div> </div>			
	<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> </div>			
	<div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</div> </div>			



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بليج (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 MIKLASS NISRINE

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

150



Pharmacie de l'Oasi
Mme R LAHLOU EL KATE
04 Boulevard A Bouabid - Oasi
Tel : 05 22 25 39 74

دكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTHALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A N°6
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - Casablanca

02/01/2024

Casablanca, le

96, شارع 2 مارس, إقامة وليلي العمارة أ, 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

المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 0522.86.05.57 / 58 - Tél

150 DH

HYLO COMOD®



URSAPHARM

URSAPHARM Arzneimittel GmbH
Industriestraße 35
66129 Saarbrücken
Allemagne

10 ml de solution stérile sans phosphate
pour utilisation ophtalmique

10 مل محلول عيني معقم خالٍ من
الفوسفات



Se conserve
6 mois après ouverture



HYLO COMOD®



25 °C

Hyaluronate de sodium 1 mg/ml

هيايالورونات الصوديوم 1 ملغ / مل

Distributeur :

KIT MED

33, rue Lahcen Al Arjoun

Quartier des Hôpitaux

Casablanca / Maroc

Collyre hydratant

En cas de sensation
de corps étranger, de brûlure
ou de larmoiement.

Sans agents conservateurs.

Compatible avec des
lentilles de contact.

10 ml ~ 300 gouttes

Un produit de la marque

HYLO EYE CARE



4 031626 710369