

## 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 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 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° W19-454886

ND: 35195

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

7649

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOULBLAH RACHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668783299

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENTRIDA RAZIK Mohamed Ali  
CHIRURGIEN DENTISTE  
APPLIQUÉ MARS Résidence Walidi Imm A N°6  
1022 MAROC 0522 20 45 45 Casablanca

Date de consultation :

29-06-020

Nom et prénom du malade :

SAFI KARIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

29-06-020

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.

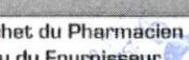
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 29-06-020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29-06-020

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
29-06-2020	consultation, Spécialisée	1/2	250,00	INP : 09102203541 Dr ADDERRAZIK Mohamed OPTICALISTE N° 2286 05 710522 Signature : Dr ADDERRAZIK Mohamed

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/2023	90,40

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
02 Bd Abderrahmane Casablanca GSM : 06 487 1423	22/09/2019 20/09/2019	contigent				305000 (200000)	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
		<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table>			H		21433552	D		00000000	G		00000000	B		35533411 11433553
			H		21433552												
			D		00000000												
			G		00000000												
			B		35533411 11433553												
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلجيا (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.

go, 70  
Mme SAFI Karima

OPATANOL: collyre

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



Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OHTHALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>eme</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél: 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 Casablanca

Casablanca , le

29/06/2020

96 شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة (الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>eme</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

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

INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلجيا (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 SAFI Karima**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

$$OD = (-0.25 \text{ à } 10^\circ)$$

$$OG = (-0.25 \text{ à } 160^\circ)$$

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

$$ODG = \text{Add} : +1.50$$

AL FIRDAOUS VISION

202 Bc Abdémoumen RDC N°5

Casablanca

GSM : 06 48724173

Casablanca, le

29/06/2020

0522.86.05.57 - 96، شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة 1، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 58 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21  
المستعجلات : INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046

# ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

## FACTURE

FACTURE N° : **386/2020**

CLIENT : **SAFI KARIMA**

DATE FACTURE : **22/07/2020**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : 1 ik	500,00 DH
Verres : OG1 progressif antireflets naturel10 indo	1 275,00 DH
OD1 progressif antireflets naturel10 indo	1 275,00 DH
Nomenclatures : OD : +0.00 ( -0.25 à 10° ) , Add = +1.50 ,Prisme = +0.00	
OG : +0.00 ( -0.25 à 160° ) , Add = +1.50 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**TROIS MILLE CINQUANTE DIRHAMS TTC**

**Total TTC : 3 050,00 DH**

**Total HT : 2 541,67 DH**

**TVA 20% : 508,33 DH**

**Frais de Timbres : 0,00 DH**

**Montant Total Payé : 3 050,00 DH**

Code INPE



123456789

428231

34700825

AL FIRDAOUS VISION  
202 Bd Abdemoumen RDC N°5  
Casablanca  
GSM : 06 48724173

AL FIRDAOUS VISION  
202 Bd Abdemoumen RDC N°5  
Casablanca  
GSM : 06 48724173 ICE 00223025300090