

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037502

Optique **105633** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **105635** Société : **RAM (Frat)**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **KASSIBA EL HABIB**

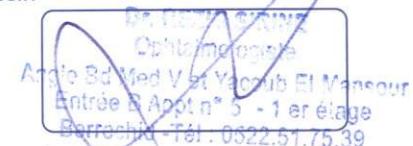
Date de naissance : **1963**

Adresse : **Berschid**

Tél. : **06 945 88 86** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/01/2023**

Nom et prénom du malade : **KASSIBA Doha** Age :

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) :

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.

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 Parfaitement des Actes
3 JAN. 2023	1c/s		250,00 DH	 Ophtalmologue Dr Med Yacoub El Mansouri Entrée B Appart' 5 - 1er étage Berrechid - Tél : 0522.51.75.39

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

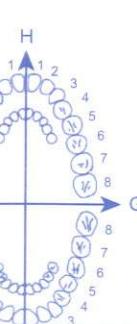
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIQUE OPTIQUE 123 RUE LA HAY-D'ANHAL CASABLANCA Tél 06.81.78.60.42	17/01/2023					240.00 DT

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'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سلاقة ومستشفيات توارو

طبيبة سلاقة ومستشفيات عشت بالدارالبيضاء

جراحة العدالة بالصدى، تصحيح البصر بالليزر

تصوير الدواعبة الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

تصوير الدواعبة الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

13 janvier 2023

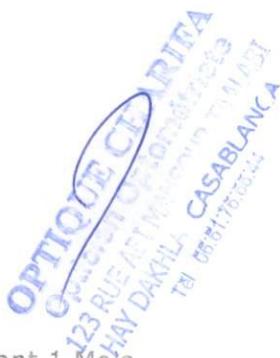
Mme KSSIBA Doha

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = - 0.25 (- 0.25 à 25°)

OG = (- 0.25 à 10°)



OPATANOL: COLLYRE CL

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



Dr. REZKI SIRINE
 Ophtalmologiste
 Angle Bd Med Yel Yacoub El Mansour
 Entrée B Appt N° 5 - 1 er étage
 Berrechid - Tél : 0522.51.75.39

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid
Tél: 05 22 51 75 39/WhatsApp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com

OPTIQUE CHARIFA

OPTICIEN SPÉCIALISTE

123 Rue Abi Mansour Taalabi
Hay Dakhla Casablanca

Tél : 0661 76 66 44



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

زنقة أبي منصور الثعلبي حي

الداخلة الدار البيضاء

الهاتف: 0661 76 66 44

FACTURE N° 0 5000

N° de nomenclature : Correspondant à la prescription : Loin OD : 225 (-25 - 25) Pres OD : OG : (-215 + 10) Pres OG :	
---	--

FOURNITURE

Montures :
.....
.....

Verres : 025 ANCIENS

ANTI REFLECTEURS

Total : PAYEE EN ESPECES

600	2000
900	1100
900	1100
2400	3200

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Casablanca le : 17/3/2023

Mr (Mme) :

KSSIBA DIA

OPTIQUE CHARIFA
Opticien Optique Optométriste
123 RUE ABIBI MANSOUR TAALABI
HAY DAKHLA CASABLANCA
TEL: 06.61.76.66.44