

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.

M23-001157

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1A779

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAGZI Ri SAMIR

Date de naissance :

01-02-1978

Adresse :

26 b 366 9787

Total des frais engagés :

3222,62

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/06/2023

Nom et prénom du malade : LAGZI Ri SAMIR Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

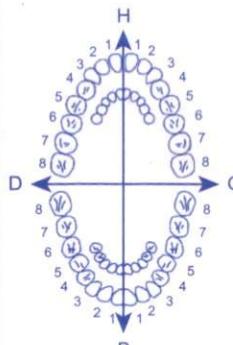
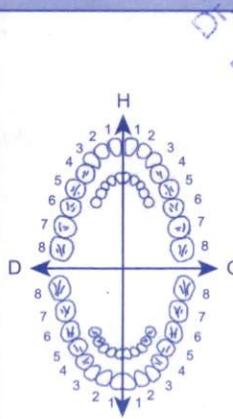
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

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 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	Coefficient des travaux
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	B	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. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العين - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : 28 avril 2023 في

Mr. LAGZIRI Samir

**Monture + verres correcteurs
Antireflets, Amincis**

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Sidi El Houssein Casa
INPE : 065032633

OD = - 1.00 (- 0.50 à 90°)

OG = - 1.75 (- 0.50 à 180°)

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue M
52, Bd. Khalil Hay M
Abdelrahman - Casablanca
Tel: 05 22 52 33 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42 ☐ drzryouilmeryem@gmail.com



un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° : N° 000110

Casablanca, le 26.03.2023

Mme / Mr : Laayoune Samir

Dr :

VL

VP - Add

OD : -1,00 (-0,50 à 90°) OD :

OG : -1,75 (-0,50 à 180°) OG :

Monture

Verres

..... 1.000,00 DH

..... 2.000,00 DH

Total à payer : 3.000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

..... trois mille dirhams

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa
INPE : 065032633

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél: 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE: 002642590000069

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العين - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : 28 avril 2023 في :

Mr. LAGZIRI Samir

dd, 60,

FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

pris 1 goutte x 2 / J / OD / 8 J

1 goutte (J / OD / 8 J

Flacon collyre d'
A.M.M. N°103DMP
Laboratoires Sothei
PPV : 22,60 DHS



FLUCON. Collyre
Merieme Zryouil
Ophtalmologue
52, Bd. Khalil Hay M
Abdellah Ain Chock
Tel: 05 22 52 38 42

1 goutte x 3 J / Merieme
Zryouil
Ophtalmologue
52, Bd. Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tel: 05 22 52 38 42



RDV

19/05/2023

nom

Gutiérrez