

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.

M23-005396

Optique 188 206 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERBER MOHAMMED

Date de naissance : 09/10/69

Adresse : NOUACEUR

Tél. : 0668122351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : BERBER DUSSANA Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : M y opil Nature de la maladie : Conjunctivite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 DEC. 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 : Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 Paiement des Actes
27/11/23			300dh	<i>MOUSSAOUI Khalil INPE : 09 11 83 0 20 Tel : 05 22 87 12 96</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>OPTICAL OPHICIEL OPTIQUE Les Rés. Et Al Qods Anfa 13 13 69 99 / 0522 50 20 Tel : 05 22 50 20 20</i>	06-12-23	34001

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
	</			

Dr .Moussaoui khadija
Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique



د. مساوي خديجة

طب و جراحة العيون للأطفال و الكبار

- Ex Professeur et Enseignante à l'université Med VI des sciences de la santé
- Diplômée des Universités de Médecine de Marrakech et Paris
- DIU en ophtalmologie pédiatrique . université Paris Descartes. Paris
- DIU en neuro-ophtalmologie. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DUI en oeil et médecine interne. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en Adaptation des lentilles de contact. Paris
- DIU en Tomographie en cohérence optique. Paris
- Membre de la société française d'ophtalmologie.

- أستاذة سابقا بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة
- خريجة جامعات الطب بمراكش وباريس
- شهادة طب العيون للأطفال .باريس
- شهادة طب الأعصاب والعيون .باريس
- شهادة طب الأمراض العصبية من باريس
- شهادة العدسات اللاصقة الطبية .باريس
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العين

27 novembre 2023

Mr. BERBER Oussama

Casablanca الدار البيضاء

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.75 (- 0.50 à 170°)

OG = - 0.75 (- 0.75 à 176°)



Bd. El Qods. Résidence Al Hakim. Lot. Assakan Al Anik. 1er Etage. App 4 Ain Chok - Casablanca

Tél: 05 22 87 12 96 - Gsm : 06 53 89 41 52 (RDV par SMS et Whatsapp) Email : khadija_moussaoui@yahoo.fr



OPTICALS CITY

Facture N° : **N° 009461** Casablanca, Le : **06-12-23**
M BENBEN OUSSEMA

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de prés	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur	O.D 407	O.D	O.D
	O.G 407	O.G -	O.G -

FOURNITURES :

MONTURES : **D-ODDC** **- 2000**

VERRES : **en verre gris zéro** **-**

Vision de Loin :

O.D : -0,75 (-0,15 à 170)	-	700
O.G : -0,75 (-0,25 à 170)	-	700

Vision de prés :

O.D :		
O.G :		

TOTAL : 34000

Arrêtée de la présente facture à la somme de : **trois mille quatre cent**

1 RES LES ROSIERS ETG MAG APT 34 ANG BD DAKHLA ET ALQODS - Tél: 05 22 50 20 20 - GSM: 06 13 13 89 99

IF: 25 00 58 35 / ICE: 001988163000078 - RC: 392701 - Patente: 34092528