

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0034861

Optique Autres

Λ 89752

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R - 550 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rouchdi Khaddaoui

Date de naissance : 1er 10 1944

Adresse : Morina Blanca Apt 6 AS 3

Tél. : 06.61.94.97.28 Total des frais engagés : 429,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2024

Nom et prénom du malade : Rouchdi Khaddaoui Age : 79 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : ACCOLI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : INVESTIGATION

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 : Casab Le : 3/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : Rami

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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
05/10/2014	CS		250DH	
				D.NASR.O

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAK BOUAZZA ZAHZOUH AMINA Dar Bouazza Ouled Jerrar BP.93 Dar Bouazza Tél : 05 22 28 01 74	08/11/24	179,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552 00000000 00000000
	00000000 00000000 35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely upper, with teeth numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

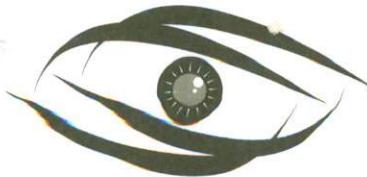
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rihab NASROUNI
Ophthalmologist
Children and adults

- Ex médecin Interne au

CHU Ibn Rochd

- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة بكلية الطب بالرباط

02 / janvier 2024

Mme ROUCHDI Khaddouj

OPTIVE FUSION



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

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOURI AMINA
Dar Bouazza Ouled Jerrar
BP.93 Dar Bouazza
Tél : 05 22 29 01 74

الساحل 2 . رقم 19. الطابق الثاني. دار بوعزرا - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com



Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

optive FUSION UD (Un)

NOTICE D'UTILISATION

Destination et indications

OPTIVE FUSION® UD est des des yeux et est indiqué pour la sécheresse, l'irritation, la sensibilité et tout autre symptôme causé par l'irritation des yeux.