

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05936**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYOUI HASSAN

Date de naissance :

14/09/1964

Adresse :

Tél. : **06611403847**

Total des frais engagés : **194796** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. MOUSSAOUI Khadija
Ophtalmologie Adul'3 et Pédiatrique
INPE:091183020
Tél: 05 22 87 12 96

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/01/2024**

Nom et prénom du malade :

Ayous Hassan

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Presbytie

Hypertonie oculaire

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 : **CASABLANCA**

Le : **19/01/2024**

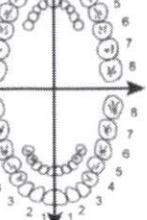
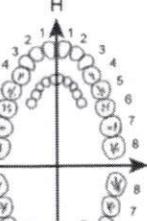
Signature de l'adhérent(e) :

EST ADHÉRENT

| 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 |
| 12/01/24 | 5+fe | | 300 dh | INP : 0911183020 |
| | | | | Dr. MOUSSAOUI Hocine |
| | | | | Ophthalmologie Adulte et Pédiatrique |
| | | | | INPE: 091183020 |
| | | | | Tel: 05 22 87 12 96 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  PHARMACIE CHAÂB Rue 220 N° 23-25 Hay M. Abdellah, Ain Chok Casab Tél. 05 22 52 66 17 | 12.01.2024 | 780 ₣ |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>Coefficient des travaux <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>Montants des soins <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>Date du devis <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>Date de l'exécution <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Moussaoui Khadija
Ophthalmologie 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 ophthalmologie pédiatrique. Université Paris Descartes. Paris
- DIU en neuro-ophthalmologie. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU 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'ophthalmologie

Casablanca

Mr. AYOUJ Hassan

1/ 103.00 X 3
1/ TIMABAK 0.5% : collyre

1 goutte à 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

157. - X 3
2/ THEALOSE

1 goutte 2 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux



PHARMACIE CHAAB
Rue 226 N° 23-25 Hay
Mly Abdellah, Ain Chok Casa
Tél : 05 22 52 66 17

العلوم الصحة
يس
ن. باريس
يس
نة العيون



12 janvier 2024

Dr. MOUSSAOUI Khadija
Ophthalmologie Adulte et Pédiatrique
INPE: 09 11 83 0 20
Tel : 05 22 87 12 96



STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/IRQ
PPV : 103,00 DH

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103,00 DH

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103,00 DH