

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-802387

196458

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 106.20

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOR Y SAID

Date de naissance : 27.01.1972 CASABLANCA

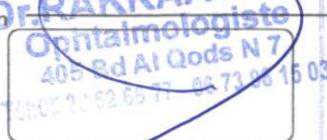
Adresse : HAY INARAZ RUE 15 N° 9 AIN CHOCK CASABLANCA

Tél. : 06 45 53 97 84

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2021

Nom et prénom du malade : NOR Y ILYASS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/10/2021



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
20.10.2	CS X		350.00	INP : 0910151453
20.2.4		137		AAKKAAP Himologisés 09/10/2013 - 17/03/2013 0910151453 1503

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
 MONIR KHACHACHI OPTICIEN OPTOMETRISTE 10438 BOUFARAH 095018438	2011-02-24				30000DH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
Le praticien est prie de preciser 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.																	
<p>SOINS DENTAIRES</p>		Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>														
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
			O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES														
			<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
				H	25533412	21433552											
				D	00000000	00000000											
				B	35533411	11433553											
G																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



- Diplôme **Contactologie** à l'université de Bordeaux
- Diplôme **Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification** Université de Besançon
- Diplôme **Oeil et Médecine Interne** Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme **Imagerie et Pathologie Rétinienne** Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme **OCT en Ophtalmologie** à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج

فوق الصوتية

خطيب الشبكية الوعائي

الليزر - المحوّل

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

20 février 2024

Casablanca, Le

Mr. NORY Ilyass

Monture + verres correcteurs
Organiques

OD = - 1.00 (- 0.50 à 15°)

OG = - 1.00 (- 0.75 à 135°)



Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd Al Qods N°7
405 22 52 66 77 06 73 98 15 03



X-OPTIC
Opticien Visagiste

X-optic : 6,Bd.Aboubakr el Kadiri
(Rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf,
Casablanca, Maroc
Tél.: 05 22 78 01 01
Mobile: 06 60 13 49 55
INPE: 095018438
IF: 15182364
RC: 308097
ICE: 000011825000049
TP: 34092157

Facture

011128

Casablanca, le 20/02/2024

Mr/Mme : NOURI ILYASS

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :	<u>optique</u>	<u>1000,00</u>	<u>1</u>
Verres :	<u>organique Antireflets</u>	<u>1000,00</u>	<u>1</u>
VL:	<u>Amincis</u>	<u>1000,00</u>	<u>1</u>
OD:	<u>-1,00 (-0,50 à 15)</u>	<u>1000,00</u>	<u>1</u>
OG:	<u>-1,00 (-0,75 à 135)</u>	<u>1000,00</u>	<u>1</u>
VP:			
OD:			
OG:			
		Total:	<u>3000,00</u>

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Treis Mille DHR

Pays pour espise

