

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-633102

80136

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8644	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Hamoudine Lahcen			
Date de naissance : 25/05/71			
Adresse : Hay cheufa Résidence Radnorania Appt 231 An chack Casablanca			
Tél. : 06 59 79 16 84	Total des frais engagés : 2187,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	02/07/2021		
Nom et prénom du malade :	Hamoudine Bayne		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> 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 :	CASA		
Signature de l'adhérent(e) :			
Le :	02/07/2021		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
<u>2021</u> <u>07</u> <u>2021</u>	<u>CS</u> <u>RP</u>		<u>370</u>	INP : <u>0910483</u> DR. <u>WILLY GOURAUD</u> Signature : <u>DR. WILLY GOURAUD</u> Date : <u>73 96 15 03</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/7/2021	37,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09205496			

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Nom et signature du patient	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
KADDOUSSI ABDELLAH 404-16-11-11-11-11 AH 0522 28 30 73 Casablanca	12/07/2011	07				1800,00	

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	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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				



- 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 (الملاحة) بالأمواج

فوق الصوتية

قطبي الشبكية الوعائي

الليزر - المحوّل

تقسيم الرؤبة بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le 02 juillet 2021

Enf. HAMIDDINE Bayane



1/ SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSE

1 lavage par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

37,90



ZENITH PHARMA
PPC : 37,20 DH

Dr. RAKKAA
Ophtalmologiste
405 Bd. Al Qods - 1000 Casablanca
Tél: 05 22 52 15 03 - 06 73 98 15 03

FCE 00 18230 17 00000 27

KADER OPTIQUE

**404,Av.Abdellah Senhagi
IDRISSIA 1 -Casablanca
Tél: 05 22 28 70 73
Fax: 05 22 80 18 36**

Patente: 33664052
CNSS: 2361145
R.C.: 20 47 88

Ordonnance du docteur

FACTURE 0005880

Le 12/07/2021

M. Eng. Hamidline Beyon
RABIAA Aman

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. <u>375(0)25a170</u> O. G. <u>375(0)25a170</u> } Prés { O. D. = O. G. =	D. F. { O. D. = O. G. =
--	--	---------------------------------------

FOURNITURES :		
Montures :	1200,00	1200,00
Verres : <u>Organique Anti- reflet</u>	300 x 2	600,00
	TOTAL	<u>1800,00</u>

La présente facture arrêtée à la somme DH

TOTAL

Middle Ruit-cent dichtkunst

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Al Abdellah Senhaji Drissia 1
Tél: 0522 28 70 73 - Fax: 0522 80 18 36
Casablanca



- 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 (الخلالة) بالأمواج
فوق الصوتية

خطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاستق

Casablanca, Le **02 juillet 2021**

Enf. HAMIDDINE Bayane

Monture + verres correcteurs
Organiques

OD = + 3.75 (- 0.25 à 170°)

OG = + 3.75 (- 0.75 à 175°)

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
404, Av. Abdellah Senhaji Drissi 1
Tél: 0522 28 10 73 - Fax: 0522 96 18 36
Casablanca

Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd. Al Qods 1010 Casablanca
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03