

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2023 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDER RAHIM ZEROUAL

Date de naissance : 15/10/1955

Adresse : Même adresse

Tél : 0674034338 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MOUAD BARAKAT
OPHTALMOLOGISTE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BETIOMI FATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : huit

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 : HAO SanAlen

Signature de l'adhérent(e) : 9

Le : 14/05/2018

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
14.12.2022			200,0H	Dr MOUAD BARAKAT OPHTHALMOLOGISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/01/02	157.62

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la ~~de~~ trait, "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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The circles are numbered from 1 to 8 in a repeating pattern. Arrows point from the center of each circle to its right, bottom-right, and bottom neighbors. The grid is bounded by a thick black border.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouad BARAKAT

Spécialiste en Ophthalmologie

Ancien assistant à l'Hôpital Jules Gonin, Lausanne (Suisse)

Ancien médecin Attaché à l'hôpital Cheikh Zaid de Rabat

D.U. de contactologie, Bordeaux (France)

الدكتور معاد بركات

اختصاصي في طب و جراحة العيون

طبيب مساعد سابق بمستشفيات لوزان (سويسرا)

طبيب ملحق سابق بمستشفى الشيخ زايد بالرباط

حاصل على دبلوم العدسات اللاصقة ببوردو (فرنسا)

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser
- Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة

- الليزر

- تصحيح البصر لايتك

Had Soualem, le 14 mai 2022

Mme BETTIOUI FATIHA

Monture + verres correcteurs

OD = - 1.50

OG = Plan



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

1/ FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

2/ EOLE DUAL

3 fois /j , dans les deux yeux, pendant 15 jours

PPC: 135,00

LOT: E 03 21
10/2024

Lot. Rajae 2. N° 100, Imme. Espace NORA 1^{er} étage Appt. N° 2, Had Soualem - Tél. : + (212) 5 22 96 36 37

Mobil : + (212) 6 60 14 29 51 - E-mail : mouad.barakat@hotmail.com

C.N.S.S. : 4400199 - Identification fiscal : 14476725 - ICE : 001876634000093