

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 3 mois.



Déclaration de Maladie

M22- № 003693

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2053 Société : RAM 190605

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BERRABEH JAMAL

Date de naissance : 21-04-1951

Adresse : 77 RUE JAGADIL CASABLANCA

Tél. : 0664227271 Total des frais engagés : 3700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/06/2022

Nom et prénom du malade : BERRABEH ZOURBI DA Age: 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Myecti Clin

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :



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 ACCUEIL Le 28/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Atta

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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
29/06/22	CS Grade			<i>Dr. Douda M'hamed Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Sidiha 0522 47-594 Tél. : (+212) 0522 47-594 Email : douda.mhamed@outlook.com</i>

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>DR KHACHAN</i> OPTICIEN OPTOMETRISTE NPE: 095018438	29/06/2022					3700,00 DH

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	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. The letters H, G, and B are				

Ancien interne des hôpitaux de France

Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de l'European Board of Ophthalmology

Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII



PT210108122217

27 juin 2022

Mme BERRABEH Zoubida

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = (- 0.50 à 91°)

OG = + 0.50 (- 0.75 à 119°)

VP : ODG = Add : + 2.50



Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophthalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



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 **010762**

Casablanca, le : **27/06/2022**

Mr/Mme :

BE RRABE H. ZOUBIDA

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :	<u>optique</u>	<u>1200,00</u>	<u>1</u>
Verres :	<u>Progressifs organiques</u>		
VL:	<u>Antireflets Amincis</u>		
OD:	<u>(-0,50 à 91)</u>	<u>1250,00</u>	<u>1</u>
OG:	<u>+0,5 (-0,15 à 119)</u>	<u>1250,00</u>	<u>1</u>
VP:	<u>ADD: +9,50</u>		
OD:			
OG:			
Totale:		<u>3700,00</u>	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

TROIS MILLE Sept cent

payer En Es **MONIR KHACHAN**
 OPTICIEN OPTOMETRISTE

INPE: 095018438

