

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : 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.

12/2018

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8363

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL RHOUL Mohamed

Date de naissance : 15/01/1966

Adresse : N 92 Lat Lina. Sidi Maaouf
casablanca

Tél. : 066 218 71 39 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 31/08/2018

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : H.A.



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
 VOLET ADHÉRENT				
DECLARATION				
Matricule N° :				
Nom du patient :				
Date de dépôt :				
Montant engagé				
Nombre de pièces jointes :				
				

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
15/07/12	C ₂ +F ₀		300 DH	

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

Cachez et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
VENDEUR MICHEL MARTELLA SIDI Mousakba 1111 Tel: 03 88 95 05 22	2/8/12	NON	NON	NON	NON	2000

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FATIMA AMIR

Spécialiste en chirurgie et maladies des yeux

- Lauréate de la faculté de Médecine et de pharmacie Casablanca
 - Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
 - Ex Ophtalmologue à l'Hôpital 20 Août Casablanca
 - Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Hassan II Khouribga
 - Ex Ophtalmologue à l'Hôpital Sekkat
 - Membre de la société française d'Ophtalmologie
 - Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification
 - Chirurgie de Glaucome, Chirurgie de Strabisme
 - Chirurgie réfractive (Lasik) - Ophtalmo-pédiatrie
 - Laser - Angiographie rétinienne - OCT - Echographie Oculaire...

طبية مرخصة لأداء
ال Shawahed الطبية
لرخصة السيادة

- Diplômée en imagerie et maladies retiniennes à la faculté de médecine

Lariboisière (Paris Sorbonne)

- Diplômée en Chirurgie
réfractive et Phacoémusification
à l'université de Toulouse III

• Diplômée en ophtalmologie-pédiatrique et strabologie avancée à la faculté de médecine Nantes

- Diplômée en Adaptation de lentilles de contact à l'Université Bordeaux 4

JNPE 091032532



الدكتورة فاطمة عاصم
طبيبة اختصاصية في طب وجراحة العيون
خريجية كلية الحسن الثاني للطب والصيدلة
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيبة عيون سابقاً بمستشفى 20 غشت
رئيسة قسم طب العيون سابقاً بمستشفى الحسن الثاني
طبيبة عيون سابقاً بمستشفى السقطاط
عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

- متخصصة في جراحة الجلالة وتصحیح النظر بالليزر من جامعة السربون بباریس
- متخصصة في علاج أمراض شبكة العین من جامعة السربون بباریس
- متخصصة في علاج وجراحة الحول وطب عيون الأطفال من جامعة ثانت بفرنسا

Casablanca, le

Ordonnance

GSM : 06 70 65 77 33

A handwritten prescription for a +1.50 lens. The text 'T' and 'EL Rhoul Rami' is at the top. Below is a diagram of an eye with a blue circle representing the lens. To the left is the text 'D = + 1,5' and to the right is 'H pre'. At the bottom is the text 'VIEENLOOIR' and 'OPTICIEN OPTOMETRISTE' with a signature. A small circular stamp is partially visible on the left.

T EL Rhoul Rami

$D = + 1,5$

$H \text{ pre}$

VIEENLOOIR

OPTICIEN OPTOMETRISTE

Lot: Mousakka 1 mm A86 N.2

St. Maartensdijk 297 4931 EC

Signature

تجزئة لبني 1، إقامة لبني رقم 1 شارع - سيدى معروف (أمام مسجد الأدراسة)
الهاتف: 06 45 03 03 14 - البريد الالكتروني: docteuramirfatima@gmail.com

2



Res. Co. Etg. 1 N°2
Sidi Maârouf
En Tamâa
Alg. 1000
Tél : 05-22 78 40 40
INPE : 05-22 78 532

Abdesselh. Taleg

1028 09 2015

27.08.2023

Turns

~~(H + 6)~~ obs pH 15



FACTURE 336/022

M

EL RITAL RANIA

1	Monture	1000,-
2	Verre Torique sphérique	
	Orga-minérale Ø ANTIREFLETS	1000,-
	Nomenclature	
	TOTAL	2000,-

Arrêtée la présente facture à la somme de

Dirix Dille dikhane

OPTIQUE Moustakbal Imm A86 N° 2 Sidi Maarouf Casablanca
Tél: 0522 97 49 37
SIDI MAAROUF
LOT Moustakbal 100% VA
VIEENVOIR
OPTIQUE Moustakbal Imm A86 N° 2 Sidi Maarouf Casablanca
Tél: 0522 97 49 37

Lotissement Moustakbal, Imm A86, N° 2 Sidi Maarouf - Casablanca
RC: 359672 / Patente:n°36142568 / IF: 50742568/ICE: 001031480000001
Tél.: 0522 97 49 37