

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 : 1497 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIR DASS Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. M. El Fassi Riss. Al Qods n° 19
Fés

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 127.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complémentaire

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : REAOUIA Mohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

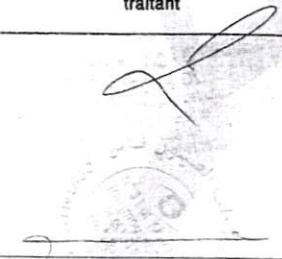
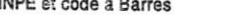
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| Description des actes effectués | | | | | وصف العمليات المجرأة |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| نوعية وطابع الطبيب المعالج | Signature et cachet du Médecin traitant | | | | |
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | المبلغ الصنفون | Montant facturé | |
| 06/10/22 | C | | | 250,00 |  |
| INPE et code à Barres | | | | | |
|  | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
|  | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | عمليات الالحاء، الاشعة والصور |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| نوعي وطابع طبيب الاشعة او الالحيانى Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | المبلغ المفoter Montant facturé | معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP / NABM | رمز العمليات Code des actes | تاريخ العمليات Date des actes | |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres _____ | | | | | |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres _____ | | | | | |

| جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المدرونة | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | |
| نوفيق وطنبيع المصيني أو ممون التجهيزات الطبية | توقيع وظابط المصيني أو ممون التجهيزات | Signature et Cachet du Pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux |
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | |
| INPE et code à Barres _____ | | |
| INPE et code à Barres _____ | | |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
| | | | |

بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF: 610-2-06

Page : 1

Référence structurée : 221022914405749

Emis à Casablanca le :

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

REHOUMA MOHAMED
AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL
QODS NR 19 APPT 6
FES 3005

N° d'immatriculation : 159935125

Règlement du mois : 10/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

| مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception | تاريخ العلاج Date de soins | العمليات Actes | مهنيو الصحة Prestataires de soins | مبلغ المصارييف Montant de la dépense | التعرية المرجعية Tarif de référence | المعامل Coeff. | الكمية Quantité | أساس التعويض Base de remboursement | نسبة التعويض Taux de remboursement% | مبلغ التعويض Montant remboursé |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|
| REHOUMA MOHAMED | | | | | | | | | | |
| 105767434 | 11/08/2022 | CS | MR BELFATMI ABDERRAHIM CLINIQUE AL KAWTAR | 250,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 85 | 127,50 |
| 105767434 | 11/08/2022 | KE | MR TAZI OUSSAMA | 800,00 | 600,00 | 1,00 | 1,00 | 600,00 | 85 | 510,00 |
| 105767433 | 06/10/2022 | CS | | 250,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 85 | 127,50 |
| Total remboursé pour MOHAMED | | | | | | | | | | 765,00 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 765,00 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



مصحة طب العيون فاس OPHTALMO - CLINIQUE DE FES

PRATICIENS

DR OUSSAMA TAZI

Chirurgien ophtalmologiste
DES de Toulouse - France
European Board of ophthalmology
Spécialiste en chirurgie réfractive

DR MEGZARI ADIL

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux
Ex. Médecin à l'hôpital
des spécialités de Rabat
Diplômé des facultés
de Médecine de Paris et Besançon

ORTHOPTIE

Bilan orthoptique
Rééducation d'amblyopie
Basse Vision
Champ visuel
Lancaster
Vision des couleurs

EXPLORATIONS

Angiographie numérisée
OCT
Laser Multispot
Laser YAG
Topographie cornéenne
Biométrie
Pachymétrie
Aberrométrie
Echographie oculaire
Microscopie spéculaire
Crosslinking

Urgences ophtalmologiques
24h/24

SECRETARIAT

Tél : 05 35 73 46 46
Fax : 05 35 73 48 48

prise RDV : 0808 555 008
(Numéro Gratuit)

N° 3 Lot Yasmine Rte Imouzer, Fès

Le : 06/10/2022

NOTE D'HONORAIRE

Médecin : Dr. TAZI Oussama

Spécialité : ophtalmologiste

Motif : consultation

Patient : REHOUMA Mohamed

Honoraire Médecin : 250.00 Dirhams

www.ophtalmocliniquedefes.com
info@ophtalmocliniquedefes.com