

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0042731

Optique

143801

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06402

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKERZOU L DRISS

Date de naissance : 09-02-1965

Adresse : 55 RUE 11 LOT 12 MAHDA 1 DEROUA

Tél. : 0673725431 Total des frais engagés : 03900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 Janv. 2023

Nom et prénom du malade : AKERZOU L MARWA Age: 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection

diabète

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 : DEROUA

Le : 05/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
02 Janv 2023			200,00 DA	<i>[Handwritten signature]</i>

CACHET DU PRATICIEN OU DU BOUDJASSEUR		MONTANT DE LA FACTURE	
AMG VISION N° 139 Coopérative El Wafa Deraâd Ferrechid Tél: 0669 34 98 83 0668 58 75 87		3700,00 DA	
Wafa Deraâd Ferrechid Tel: 0669 34 98 83 0668 58 75 87		03-01-2023	

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			10

AUXILIAIRES MEDICAUX

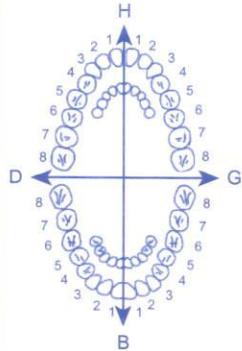
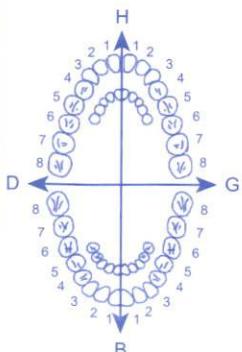
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des travaux												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des travaux												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

**OPTICIEN OPTOMETRISTE**

RC 12511

Patente 55800520

IF 33661644

ICE 002217544000047

N° 139 COOPERATIVE EL WAFA 2

DEROUA BERRECHID

GSM : +212 (0) 6 69 34 95 83

GSM : +212 (0) 6 68 58 75 87

mail AMGvision@hotmail.com

Casablanca le:

03.01.2023

Facture n° 02/2023

Docteur:

RACHA EL BAKKAL

Client: AKERZOU L MARWA

DÉSIGNATION	Quantité	Total TTC
VL OD:sph -1,25 cyl axe		
OG:sph -0,75 cyl -0,25 axe .26°		
ADD VP		
OD:sph cyl axe		
OG:sph cyl axe		
Monture Métale		700,00 Dhs
Verres organique Amincis traité		3000,00 Dhs
PRIX TOTAL		3700,00 Dhs

Arrêté le présent devis à la somme de:

Trois Mille Sept Cent



Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة العيام البيناء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيم البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

02 janvier 2023

Mlle AKERZOUL Marwa

Monture + verres correcteurs
antireflets

OD = - 1.25

OG = - 0.75 (- 0.25 à 26°)



تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com