

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-806659

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **9437**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Mme A.DEGHOGHI Dalila Ep. TAZI**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0662 84 64 39**

Total des frais engagés : **10221,401** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. BERBICH Omar**  
Radios et Chirurgie des Yeux  
21 Av. Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél. 05 37 911 911 / 05 37 70 00 41  
INPE : 101030875

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Mme A.DEGHOGHI Dalila** 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 : **Carap**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **22/06/2023**

## **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
17/06/2013	CS		GT.	INP : <u>                </u>
				Dr. BERBERI Médecins et Chirurgiens Alla Ben Abdallah 191911153370 101030815

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/23	221,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX									
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS									
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION									
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS									
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

# Docteur Omar BERBICH

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie Numérisée - Laser - OCT  
Chirurgie Réfractive



Diplôme Universitaire d'inflammation et infection oculaire (Paris)

Diplôme Universitaire de pathologie Rétinienne,

Angiographie et Laser (Paris)

Faculté de Médecine de Paris - Service d'Ophtalmologie et médecine interne

Faculté de Médecine de Nantes - Service de strabologie (Nantes)

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol

Flacon de 10 ml

ON SUR RENDEZ-VOUS

Rabat, le : ..... الرباط في :

17 juin 2023

Mme ADGHOGHI Dalila

110,70 Dhs

DORZIMOL collyre

SV

1 goutte fois 2 par jour matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

22/06

Pharmacie Hammounia  
Dr. AGOUMI OUAZZANI Henn  
20, Place Sidi Med Bélovédère  
Casablanca / Tél : 05 22 24 56 47

Dr. BERBICH Omar  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
21, Av. Allal Ben Abdallah - Rabat  
Tél : 05 37 911 911 / 05 37 70 00 40  
INPE : 101030815

# الدكتور عمر بربichi

متخصص في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية للرقبة - الليزر - فحص الشبكية بالليزر

الجراحة الإنكسارية

الدبلوم الجامعي من باريس في التهابات العيون

الدبلوم الجامعي في أمراض الشبكية وتصوير الأوعية والليزر

الدبلوم الجامعي في العين والطب الباطني

الدبلوم الجامعي من نانط في الحول

الاستشارة الطبية بالمأمور