

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037796

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12394**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL KHIRAOUD CHARAF EDDINE**

Date de naissance :

17/11/98

Adresse :

Tél. : **0671232200**

Total des frais engagés : **525,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/08/2023**

Nom et prénom du malade : **CHARAF EDDINE EL KHIRAOUD** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **conception optique**

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 : **Nezayer**

Le : **12/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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
15/11/23	OPHTALMOLOGISTE	100	2500 Dhs	Dr. HASSAN ALMAZANI 103, Av. Mohamed V, Bureau N° 10, 30000 Berrechid - Tel: 05 22 32 32 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ET LABORATOIRE NADIA M. ET A. IMAM MALIK N° 26 BOUKOURIBGA Tel: 05 23 56 11	12/11/23	275, Dhs

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8 on each side. The				



مركز حجيرة لطب وجراحة العيون

Centre HJJIRA d'ophtalmologie

Lauréate de la faculté de médecine de Rabat

Ophtalmologie adulte et enfant

Oeil et diabète

Glaucome

Keratocone et Cross linking

Chirurgie de la cataracte, strabisme et voies lacrymales

Échographie oculaire, OCT, topographie cornéenne,

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طب العيون للصفار و الكبار

العين و داء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلاة,الحول,مسالك الدموع

التصوير بالموجات فوق الصوتية,الليزر

12 août 2023

Mr EL KHIRAOUI Charaf Eddine

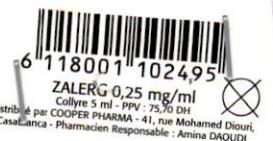
10h.55

PHYLARMSERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & soir
dans les deux yeux**ZALERG collyre**

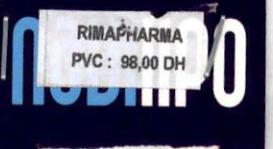
1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 mois

NAVILIPO

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois



HER MEDIC
PPC
104.00 DHS



PHARMACIE AL IMAM MALIK
M^{me} ET TAIB NADIA
N^o26 BD IMAM MALIK
KHOURIBGA
Tel 05 23 56 11 34

066170 48 82 ☎ 0522 32 53 77 ✉ hjjirafatimaezahra@gmail.com

108 شارع محمد الخامس مكتب رقم 10 الطابق الثالث-برشيد (العمارنة مجهزة بمصعد)

108, Av Mohamed V, bureau n 10, 3 eme étage, Berrechid

