

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-769808

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 4633 Société : RAM ND 136996

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NHAMOCHA KAMAL

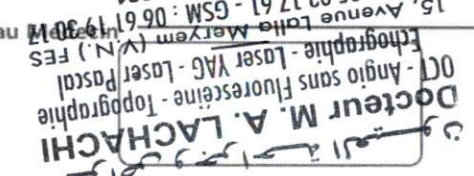
Date de naissance : 14-11-51

Adresse : 48, Avenue Hassan II Fes

Tél : 0660319809 Total des frais engagés : 3003,00

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au médecin :

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 03.11.2022

Nom et prénom du malade : NHAMOCHA KAMAL Age : 71

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Quercet*

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Fes Le : 11/11/22

Signature de l'adhérent(e) : 

## Adresses Mails utiles


- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Réception des Actes
03.11.2022	2		250 dit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/11/2022	2300 JD
	03.11.22	353,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

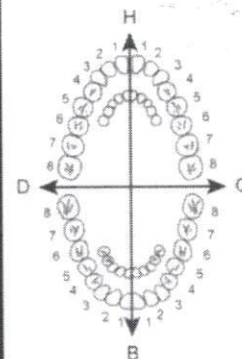
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

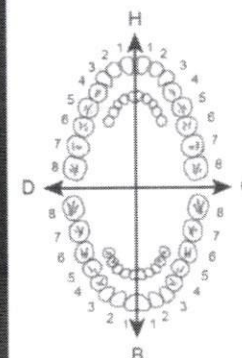
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/11/2022					

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

أمراض وجراحة العيون  
CABINET MEDICO - CHIRURGICAL D'OPHTALMOLOGIE

Docteur Mohammed Abdelkafi LACHACHI

Diplômé d'Etudes Spéciales de l'Université Paris VI  
D.U. de Chirurgie Réfractive et Phakoémulsification



03 novembre 2022

Mr. NHAMOUCHA KAMAL

Monture + verres progressifs  
Organiques

VL : OD = + 2.25 (- 1.00 à 75°)

OG = + 2.25 (- 0.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 3.00

FES OPTIQUE

BERRADA Mohamed  
23, Av. Mohamed Essadouni  
Tél. 05 35 93 20 05 - Fax 05 35 93 41 92  
RC 20890 - TP 13603441 - I.P.N. 141088021  
C.N.S. 1367359 - I.C.E. 001776237000050

أمراض وجراحة العيون  
Docteur M. A. LACHACHI  
OCT - Angio sans Fluoresceïne - Topographie  
Echographie - Laser YAG - Laser Pascal  
15, Avenue Lalla Meryem (V.N.) FES  
Tél. : 05 35 93 17 61 - GSM : 06 61 19 30 17  
I.N.P. N° 141 088 021

Secrétariat :

☎ 05 35 93 17 61

☐ 06 61 19 30 17

E-mail : cabinet.drlachachi@gmail.com

15، إقامة مسجد الإمام مالك شارع لالة مريم - فاس  
15, Résidence de la Mosquée El Imam Malik, Avenue Lalla Meryem - FES

Patente 13111874 - I.P.N. 141088021 - I.C.E. 001776237000050

Correctol 0,1%

Collyre. Flacon de 10 ml

ANALISA Nº 80 2140021-0000



6 118000 020301

Nutri-FOV®



3 401579 978702

PPC : 333 DH



# FES OPTIQUE

**BERRADA Mohamed**

*Opticien Optométriste*

23, Av. Med Essalaoui - Fès

Tél.: 05.35.93.20.06 - Fax : 05.35.94.41.92

N° d'Autorisation 4280 - R.C. 40188

Patente N° 13603441



Le 31/11/2022

Mr NHACHACHA

K AJAL

Pass

Examiné Par :

ACHACHA

**B**

**C**

N°

**002500**

<b>Nomenclature</b> correspondants à la prescription		Loin { O D: _____ O G: _____	
D.F { O D: <u>6.30</u> O G: <u>6.50</u>		Près { O D: _____ O G: _____	
<b>FOURNITURES</b>		<b>Montant Brut</b>	<b>TVA</b>
Monture : <u>plastique</u>		<u>800</u>	
Verres : <u>Mues. Bl progressif</u> <u>100% anti-reflet</u> <u>20</u>		<u>1600</u>	
<b>TOTAL.....</b>		<u>2400 DH</u>	

Arrêtée la présente Facture à la somme de

deux mille quatre cents

cent DH

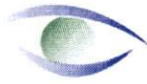
**TIMBRE  
OBLIGATOIRE**

البيماري برادة هو المسؤول على راحة بصري  
L'OPTOMETRISTE - OPTICIEN - BERRADA EST LE RESPONSABLE DE VOTRE CONFORT VISUEL

FES OPTIQUE  
BERRADA Mohamed  
23, Av. Mohamed Esslaoui - Fès  
Tél. 05 35 93 20 06 Fax 05 35 94 41 92  
RC 20990 - TP 13603441 - ICN 0007212160000  
CNSS 1282863 - ICE 0007212160000

# أمراض وجراحة العيون CABINET MEDICO - CHIRURGICAL D'OPHTALMOLOGIE

Docteur Mohammed Abdelkafi LACHACHI  
Diplômé d'Etudes Spéciales de l'Université Paris VI  
D.U. de Chirurgie Refractive et Phakoémulsification



الدكتور محمد عبد الكافي العسعاسي  
خريج كلية الطب بباريس

03 novembre 2022

**Mr. NHAMOUCHA KAMAL**

333,00

**NUTRIFOV [Qte : 1]**

Un cp /j

20,00

**CORRECTOL COLLYRE [Qte : 1]**

1 goutte 3 fois par jour , pendant 15 jours

353,00

PHARMACIE TADAWIFES SAISS SARL(AU)  
**DR. HASSAN KAREM**  
Douar Ouled Lakhdar Ouled Tayeb Fes  
TEL: 05 35 96 36 26  
Email: karreinhassan1979@gmail.com  
N°PE: 142083500 ICE: 001448573000093

A. LACHACHI  
Ophtalmologiste - Topographe  
Laser YAG - Laser Pascal  
Avenue Lalla Meryem (V.N.) FES  
N°P: 05 35 93 17 61  
N°P: 141 088 021  
GSM: 06 61 19 30 17

Secrétariat :

☎ 05 35 93 17 61

☐ 06 61 19 30 17

E-mail : cabinet.drlachachi@gmail.com

15, إقامة مسجد الإمام مالك شارع لالة مريم - فاس  
15, Résidence El Imam Malik, Avenue Lalla Meryem - FES

Patente 13111874 - I.P.N. 141088021 - ICE. 001776237000050