

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.



Declaration de Maladie

N° W21-769808

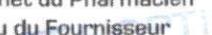
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 4633	Société : RAM ND 366	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : N.HAMOUCHA KAMA		
Date de naissance : 14-11-51		
Adresse : 48 Avenue Hassan II Fes		
Tél. : 0660319809	Total des frais engagés : 3003,00	15. Avenue Lalla Meryem (K.N.) FES Tél. : 053531761 - GSM : 0660319809 Chirurgie - Laser YAG - Laser PASCAL 01 - Angio sans Fluorescence - Topographe Docteur M. A. LACHACHI
Cachet du médecin : 03.11.2022		
Date de consultation : 03.11.2022		
Nom et prénom du malade : N.HAMOUCHA KAMA		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : 71
Nature de la maladie : beschwerde		
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'adjudicataire 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 : 11/11/2022	Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Recouvrement des Actes
03.11.2022	C2		250.-	Imp. 141088021 M. A. M. M. YAG - La Meryen 141088021 141088021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BERRADA MOHAMED Tél. 05 20 30 00 00 RC 20990	3.11.2022	2300,00 353,00

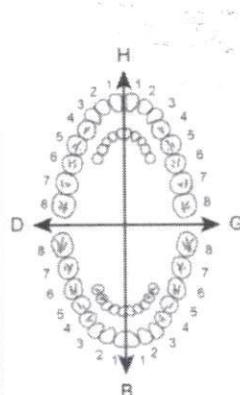
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

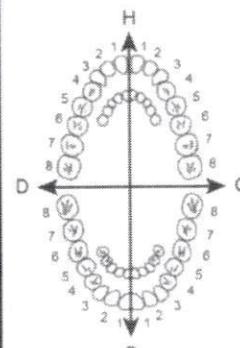
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31.11.2028					

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

أمراض وجراحة العيون

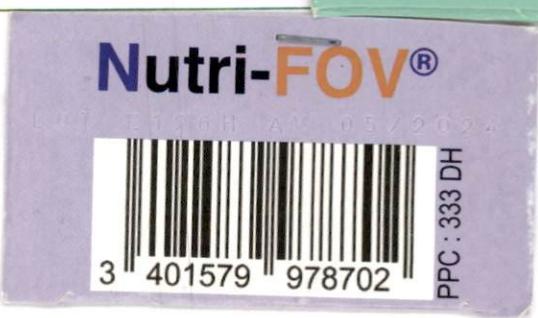
CABINET MEDICO - CHIRURGICAL D'OPHTHALMOLOG

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
Tél. 05 35 93 20 33 - Fax 05 35 93 20 92
RC 20000 - TP 132003-01 - E-mail : fesoptique@wanadoo.fr
Casablanca - Maroc

مراض وجراحة العيون
Docteur M. A. LACHACHI
OCT - Angio sans Fluorescine - 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

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 - ICE. 001776237000050

Secrétariat :

05 35 93 17 61
06 61 19 30 17

E-mail : cabinet.drlachachi@gmail.com

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 3 / 11 / 2022

Mr. NHADOUCHA

K A M A L.

Pass.

C

B N° 002500

Examiné Par : AACHACHI

Nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O D: O G:
D.F { O D: O G:	Près { O D: O G:

FOURNITURES	Montant Brut	T.V.A
Monture : plastique	8.22	
Verres : Mex. BL phacoress		
l'obtus est rayé de 0.61 CP 20	16.00	
TOTAL.....	24.00 DH	

Arrêtée la présente Facture à la somme de

chez M. H. AACHACHI

Chent D.H

FES OPTIQUE
BERRADA Mohamed
23, Av. Mohamed Essalaoui - Fès
Tél. 05.35.93.20.06 - Fax 05.35.94.41.92
RC 20990 - TR 13603441 - ICE 0007212160000
CNSS 1282863 - ICE 0007212160000

TIMBRE

OBLIGATOIRE

أمراض وجراحة العيون

CABINET MEDICO - CHIRURGICAL D'OPHTHALMOLOGIE

Docteur Mohammed Abdelkafi LACHACHI

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



اللّٰهُمَّ كُوْنْ مُحَمَّدًا عَبْدًا الْكَافِيًّا لِعَسْرَةِ لَيْلٍ

03 novembre 2022

Mr. NHAMOUCHA KAMAL

333,00

NUTRIFOV [Qte : 1]

Un cp /j

20,00

CORRECTOL COLLYRE [Ote : 1]

1 goutte 3 fois par jour , pendant 15 jours.

**PHARMACIE TADAWI FES SAÏSS SARLAU
DR HASSAN KAREN**
Doular Ouled Laâbi 36/26 Ouled Tayeb Fes
Tél: 05 35 96 36 26
Email: karen.hassan1979@gmail.com
T.F.E: 122033500/CE: 0014637300093

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 - ICE 001776237000050