

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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- 0035796

Optique **145318** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02811** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : **RETRAIT**

Nom & Prénom : **BARA ABDESSALAM**

Date de naissance : **18/05/1950**

Adresse : **607 MAHTALAH N°1913 MARRAKECH**

Tél. : **06 61 06 03 37**

Total des frais engagés : **250DH + 119,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12 JAN 2023**

Nom et prénom du malade : **BARA ABDESSALAM**

Age : **72**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Conjunctivite**

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 : **MARRAKECH**

Le : **12/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Y**



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
12 JAN 2023	CS		2500DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. NACHID VISSI Souad PHARMACIE RAJA 122, Lot. Maataliah Mhamid 0524 37 28 29.</p>	12/12/23	<p>Dr. NACHID VISSI Souad PHARMACIE RAJA TEL: 0524 37 28 29. Maataliah Mhamid</p>

ANALYSES - RADIographies

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
		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.

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'EXECUTION

Docteur RACHIDI Tariq
Ophthalmologiste

- Chirurgie De Cataracte (Phacoemulsification)
- Chirurgie Réfractive
- Strabologie - Voies Lacrymales
- Ophthalmologie Pédiatrique
- Diplôme de Contactologie - Paris
- Diplôme de Traitement et d'Imagerie Rétinienne - Paris
(Angiographie - Laser - OCT)



Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août de Casablanca

الدكتور رشيد طارق
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
- تصحيح النظر بالليزر
- طب العين - مسالك الدموع
- طب العيون للأطفال
- دبلوم العدسات اللاصقة - باريس
- دبلوم أمراض الشبكية - باريس
- تصوير أوعية الشبكية والليزر

طبيب مقيم بمستشفيات باريس

طبيب ساق بمستشفي 20 غشت بالدار البيضاء

طبيب داخل ساق بمستشفي الجامعة ابن رشد بالدار البيضاء

Marrakech, le: **12 janvier 2023**

Mr. BABA Abdesslam

1/ PHYSIODOSE UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire 2 fois par jour, dans l'œil droit

28. 60

2/ CHIBROCADRON COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, pdt 8 jours

puis 1 goutte 2 fois par jour, pdt 4 jours, dans l'œil droit

54. 0



3/ LARMABAK COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

34. 60

4/ FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

1 application 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

119. 90
Dr. RACHIDI Tariq
Ophthalmologiste
Rue Hassan II, 12 Avenue 37, Maroc
Téléphone: 0524 21 20 20
Email: Dr.RACHIDITariq@gmail.com



شارع كمسة (طريق الطوارئ إقامة المساتن) (مصبعد) عماره ل، الطابق الثاني رقم 132، (أمام المركز الصحي الحاميد)، فوق وفا إمobilier، الحاميد - مراكش
Av. GUEMASSA (Route de l'Aéroport), Rés. Al Bassatine (avec Ascenseur), Imm. L, 2ème Etage N° 132, (En Face du Centre de Santé M'Hamid)
Au dessus de Wafa Immobilier, M'Hamid - Marrakech / Tél: 05 24 20 21 20 - GSM : 06 32 92 21 21 - E-mail: Dr.RACHIDITariq@gmail.com
ICE: 001941705000040 - INPE : 071185557 - PATENTE : 67100132