

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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° W21-763947

145821

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1902</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>CHAIROUN Rachid</u>
Nom & Prénom : <u>CHAIROUN Rachid</u>			
Date de naissance : <u>27/09/55</u>			
Adresse : <u>80 Oum Rabii Rue 18 N°98 Rés. Souad Apt 1</u>			
Tél. : <u>06 50 63 0007</u> Total des frais engagés : <u>337,80</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>CHAUI BOQAI YASMINE Ophthalmologue 88. Rés. Colza App 3 Gd. Oum Rabii - Casablanca</p>		
Date de consultation : <u>20/10/18</u>	Nom et prénom du malade : <u>CHAIROUN Mehdi</u> Age : <u>60 ans</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Chardon infirmatoire</u>			
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 : Casa Le : 19 JAN 2018
 Signature de l'adhérent(e) : JAF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/01/98	 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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
		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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel, mais apéndique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHAOUI ROQAI Yasmine
Ophtalmologiste

Adultes et enfants

Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat

Ancien Interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplômée en contactologie de Paris



الدكتورة الشاوي رقعي ياسمين

اختصاصية في طب و جراحة العيون

كيار و صفار

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في العدسات اللاصقة باريس



le 20 octobre 2022

Mr. CHAKROUN MEHDI

7620
AZYTER

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours dans l'oeil droit

MASSAGE PAR COMPRESSE TIÈDE

2 fois / jour matin et soir, dans les deux yeux



PHARMACIE POLYCLINIQUE
DR TIR ADDAIAZIZ
68, Rue M'hamed Thami - Hay Hassan.
Tel: 022 90.21.67 - CASA

CHAOUI ROQAI YASSMINE
Ophtalmologue
88, Rés. Colza Appt 3
Casa, Oum Rabii - Casablanca

88, إقامة كولزا، الطابق الأول الشقة رقم 3، شارع أم الريبع، الحي الحسني . الدار البيضاء
88, rés. Colza, 1^{er} étage appt. N°3,Bd Oum Rabii, Hay Hassan - Casablanca

📞 05 20 39 26 46 ☎ 06 61 77 04 74 📩 dr.ychaoui@ophtalmo-casa.ma