

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056278

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0964

Société : Ram

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN SOLTANA MILAUD

Date de naissance : 1950

Adresse : Marocaine

Tél. : 0661832803

Total des frais engagés : 1636 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAM Mohamed Hicham
الطبيب محمد هشام الشامي
114 شارع محمد الخامس الدار البيضاء الهاتف : 05.22.73.76.50
سيدى المونيسي - الدار البيضاء

Date de consultation : 05 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : Ben Soltana Kamel

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Acuité tropie

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 :

Le : / /

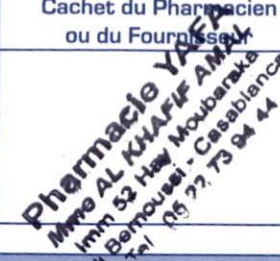
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
05/12/2022	90		3000H	
16/11/2022	91		Contrôle	

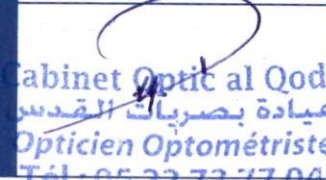
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2022	236.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

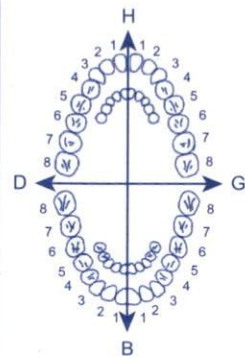
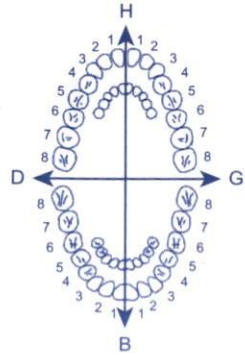
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/12/22					2100.00 DHS

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHAMI Mohamed Hicham

Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive
chirurgie de la cataracte
imagerie et pathologies rétinienues

الدكتور الشامي محمد هشام

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
تصوير و أمراض الشبكية

05 décembre 2022

Mlle BEN SOLTANA Kawtar

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.50 (- 1.00 à 10°)

OG = (- 0.25 à 150°)


الدكتور الشامي محمد هشام
Dr. CHAMI Mohamed Hicham
أخصائي في أمراض و جراحة العيون
إختصاصاتي هي: تصوير و جراحة العيون
على القدرة على التصوير
طبيب، مريض، للمريض العلمي للقدرة على التصوير
114، شارع مختار بن أحمد الكرناعي، سبيد البرنوصي
05.22.73.76.50 - الدار البيضاء الهاتف: 05.22.73.76.50


Cabinet Optic al Qods
عيادة بصريات القدس
Opticien Optométriste
Tél : 05 22 73 77 04

114 شارع مختار بن أحمد الكرناعي، القدس سبيد البرنوصي - الدار البيضاء

114, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Al Garnaoui, Hay El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél : 0522 73 76 50 - Mail : chami_h@yahoo.fr

Dr. CHAMI Mohamed Hicham

Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive
chirurgie de la cataracte
imagerie et pathologies rétinienne

الدكتور الشامي محمد هشام

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
تصوير و أمراض الشبكية

16 décembre 2022

Mlle BEN SOLTANA Kawtar

ص. 89

1/ XAILIN WASH

1 lavage x 2/j

ص. 147

2/ THEALOSE GL

1 goutte x3/j

dans les deux yeux



PHARMACIE YAFER
Rue AL KHAYAT AMAL
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL: 05 22 73 94 44

Dr. CHAMI M. Mohamed Hicham

طبيب متخصص في أمراض العيون
114, شارع مختار بن أحمد الكرناوي، القديس سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
05.22.73.96.50
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء الهاتف: 05.22.73.96.50

114 شارع مختار بن أحمد الكرناوي، القديس سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

114, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Al Garnaoui, Hay El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél : 0522 73 76 50 - Mail : chami_h@yahoo.fr

Casablanca le 07/12/2022



عيادة بصريات القدس

Cabinet Optic Al Qods

Groupe 70 n°1 BIS, Hay AL QODS, Sidi Bernoussi

Opticien optométriste



INPE 095008959

Casa

Patente: 31611830

Tel: 05 22737704

FACTURE N°12/0004 فاتورة رقم

M: 1100 BEN SOLTANA KewtarDolt

Prescription optalmologue

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du	Vision de loin	Vision de prés
	O.D. <u>-0.50 (-1.00 2.10°)</u> O.G. <u>plan (-0.25 2.10°)</u>	O.D. _____ O.G. _____
Docteur : <u>CHAMI</u> <u>Hed Hichem</u>		

FOURNITURES :

Montures : <u>Plastique</u>	<u>400,00</u>
Verres : <u>organique anti-lumière</u> <u>Blanc 1.6 UV</u>	
O.D. : <u>-0.50 (-1.00 2.10°)</u>	<u>3.50,00</u>
O.G. : <u>plan (-0.25 2.10°)</u>	<u>3.50,00</u>
TOTAL :	<u>1100,00</u>

Arrêté la présente facture à la somme de :

1100 Cent Dirhams

ICE 001776300000095 IF 14481508

Cabinet Optic al Qods
عيادة بصريات القدس
Opticien Optométriste
Tél: 05 22 73 77 04