

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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- 0023313

145816

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8134 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARI B HICHAAM

Date de naissance : 03/02/69

Adresse : 168 KENZA 11 rue Louis Blanc Rm 3

MET A CASA

Tél. : 06 64 22 42 01 Total des frais engagés : 580 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Bouchaib NACHAF

Ophthalmologiste
Résidence Fateh 4, Immeuble 12 N° 2
Hay Mly Abdellah Bd. Al Quds
Aïn Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 98 66 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2022

Nom et prénom du malade : ARI B HICHAAM Age:

Lien de parenté :

Lui-même Copain

Enfant

Nature de la maladie :

Vice de naissance

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 : CASA

Le : 19/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/10/22	cs		3000 DT	 Dr. Boushikha Nacif, Ophtalmologiste, Tunis 12, Résidence May Alia, 215, Ain Chalk, Carthage, Tel: 05 22 21 25 35, C.A.T.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JASMIN 61 AVENUE 2 MARS 61052 RABAT MOROCCO	25/10/2022	280,00

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 canalaire(s), ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DÉBUT D'EXÉCUTION FIN D'EXÉCUTION										
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
	H	G												
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	B												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION														

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Aôut Casablanca

- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائى في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعى ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- المعالجة بالليزر- تصحيح النظر

- المستعجلات

ORDONNANCE 25/10/2024

Casablanca ARIB Hicham

- MIXTEARS COLLYRE



1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 mois

280,00

Dr. NACHAT Bouchaib
Rue AL QODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2
Tél: 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06
E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com

الدكتور بوشعيب نشاط
PHARMACIE DU MAROC
Mme. LAMRANI RIMA
61, Avenue 2 Mai 1956
Tel: 05 22 87 11 67

شارع القدس إقامة الفتاح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء

B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com

PPC : 140 DH 00

LOT 400122
2025/02



PPC : 140 DH 00

LOT 400122
2025/02

