

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-456292

ND = 180 38

Optique

4

AL

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

AD648

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BATISSON N. HOUZER

Date de naissance :

24/09/79

Adresse :

Tél. : 0661 41 26 20

Total des frais engagés :

121,40 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/10/18

Nom et prénom du malade :

BATISSON N. HOUZER

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Dr Bouchairi NACHAT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

1

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

24/09/2018

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pas connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

ACCUEIL SANTÉ RAM

Le :

18/10/18

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
18/10/19	a	6		<p>INP : 0123456789</p> <p>Dr. Bouchalak Qualité de vie Résidence EHPAD Centre d'Assistance et de Soins à Domicile 06 61 91 00 00</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'ESPRESSO 24 Rue de l'Espresso 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT	18/10/19	121.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Août Casablanca

- Membre de la société européenne de la chirurgie réfractive (Lasik)

- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants

- Explorations Oculaires

- Lasers - Lasik

- Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- المعالة بالليزر- تصحيح النظر

- المستعجلات

ORDONNANCE

Casablanca le 18/12/2019

BAHSSOUNE Houda

98.00

- NAVILIPO COLLYRE



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

23.40

- OPTIPRED COLLYRE



1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

PPV : 23 DH 40

6 118001 040643

12501223-01

PHARMACEUTIQUE
Télé: 05 22 21 25 15
EXCESSION
Télé: 05 22 21 25 15
Casablanca

Dr Bouchaib NACHAT
Résidence AL QODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2
Ain Chock Casablanca
Tél: 05 22 21 25 15 - 05 22 21 25 15 - 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتح 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) Aïn Chock Casa

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

E-mail : nachat-b@hotmail.fr