

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
83976			
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricole : 8132		Nom & Prénom : GUESSOUS MOHAMMED	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 10/06/1970		Adresse : 19 LOT BADR EL JADIDA	
Tél. : 0660540390		Total des frais engagés : 850 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Docteur Mohammad RAAD Ophtalmologiste 2, Rue de Tunis El Jadida Tél : 05 23 34 10 17			
Date de consultation : 02 MARS 2020			
Nom et prénom du malade : Guessous MERYEM Age: 20 ans			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète de type 2			
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 dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : EL JADIDA Le : 03/03/2020			
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL			

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
02 MARS 2020	C	1	250 DA	INP : 9305-55 Dr Mohammed RAAD Chirurgien Dentiste El Jadida 24 10 17

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

- Chirurgie de la Cataracte par phaco-emulsification
- Chirurgie du Pterygion par Autogreffe de la Conjonctive
- Strabisme-Glaucome
- Chirurgie des voies Lacrymales
- Chirurgie Refractive au Laser
- Prise en charge de la Retinopathie Diabétique
- Angiographie numérisée - Laser (Yag-Argon)
- Lentilles de Contact

* Ancien ophtalmologiste au CHU 20 Août de Casablanca

* Ancien attaché des Hôpitaux de Paris en France

* Membre titulaire de la Société Française d'Ophtalmologie



- جراحة الجلاة بالأمواج فوق الصوتية
- جراحة لتفريغ بطانية زرع العشاء
- جراحة الحول - ارتفاع الضغط (المياه الزرقاء)
- جراحة مسالك الدموع
- جراحة داء الشبكية بالليزر
- علاج داء الشبكية بالأسنة - العلاج بالليزر
- العدسات اللاصقة

* طبيب سابق بالمستشفى الجامعي 20 غشت بالدار البيضاء

* ملحق سابق بمستشفيات باريس بفرنسا

* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

02 MARS 2020

EL Jadida, le :

Nom et Prénom :

Ghislène Noyem

- Lunettes pour vision de loin :

OD = 1,75

OG = - 2

- Lunettes pour vision de près :

ODG = en addition

- EIP : 66

New Design
Nancy



الدكتور محمد رعاد
Docteur Mohammed RAAD
Ophtalmologiste
2, Rue de Tunis El Jadida
Tél : 05 23 34 10 17

2، زنقة تونس الطابق الأول - الجديدة - (بجانب مستشفى محمد الخامس ومصحة الجديدة)

2,Rue de Tunis, première Etage-El Jadida (Juste à côté de l'Hôpital med V et de la Clinique d'El Jadida)

E-mail : raadmohammed78@yahoo.com : Tél./Fax : 05 23 34 10 17

الهاتف / الفاكس : 05 23 34 10 17



STYLE DE VUE

OPTICIENNE - OPTOMETRISTE

FACTURE N° 305529

Dr. BAAD

M. :

El Jadida, le : 3 / 3 / 2020

Guescaus Henry M.

DESIGNATION	PRIX
1 Monture	400,-
2 Verres organiques Blancs	
Antireflet crizal Previa	
CD. -1.75	600,-
CG. -2.00	600,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille six cent dinars
dhs 1.600,-

TOTAL HT	1333,34
TVA 20%	266,68
TOTAL TTC	1600,-

21, Bd. Med Rafii, El Jadida - Tél./Fax : 05 23 35 04 07 - Email : styledevue@yahoo.fr

PATENTE : 4217324 - R.C : 25102 - IF : 63910232 - CNSS : 9845506

INPE : 115004053 - ICE : 001772256000061