

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.

N° W21-687104

109383

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5310	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUNA RID BOUCHAIB
Nom & Prénom : MOUNA RID BOUCHAIB			
Date de naissance : 1953			
Adresse :			
Tél. 0663517268 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Bouchra CHAIB
Optalmologue
Hay Tarik Itme 40 N° 22
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél : 05 22 75 99 35

Date de consultation : 22/21/2022

Nom et prénom du malade : MOUNA RID BOUCHAIB Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Opticien

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 : "adhérent(e)" : MOUNA RID BOUCHAIB

Le : 22/21/2022

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
22/12/22 C2				INP : 051AP241671 Dr. Bouchra CHAHL, Ophtalmologiste Hay Tarik BLD Sidi Bel Abbès

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/2022	399,20

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 de l'ODF.																																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	1																																										INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
		1																																															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G																																				
	H	25533412	21433552																																														
	D	00000000	00000000																																														
	B	35533411	11433553																																														
	G																																																
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																																

Dr. CHAHID Bouchra



Ophtalmologiste
Diplômée de l'Université de Lyon (France)
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des yeux
Laser phacoemulsification
Correction de la Myopie par lasik
Diplôme Universitaire de Contactologie
et Biomatériaux

الدكتورة شهيد بشرى

اختصاصية في طب العيون
خريجة جامعة ليون (فرنسا)
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون
أمراض وجراحة العيون بالليزر
علاج قصر البصر باللازيك

Casablanca, le

22/12/2022 الدار البيضاء، في

Monts.

Bouchra

4480

cate a.

58.00

undocolline

112.50

otomax

12.50

mydriatik

128.00

hyfns p1

399.20

S.V

S.V

S.V

S.V

14 x 21 R 5 J

14 x 21 T 2 15 J

14 x 21 T 2 15 J

14 x 15 J 2 15 J

حي طلاق - زنقة 40 - رقم 22 - سidi البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 75 04 35

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE : 001707296000027

Dr. Bouchra CHAHID
Ophtalmologiste
Hay Tarik Rue 40 N° 22
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 04 35

Certificat N°2578 / 16
Date: 15/06/2017
P.P.C : 128 DH 00

MDRATCUM 0.5%
Non remboursable AMO
Coffret - Flacon 10 ml - Pp. 25,90 DH

6 118801 070428

AMM Maroc 19/12/2011
Distribué par les Laboratoires STOHLIN
BP. N°11100 Soukraa El Jadida - Z7/182 - MOROCCO

UTILISATION 34

Tableau A (Liste 1)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N°: 175

PPV = 112,50 DH

卷之三

Lotemax is a trademark of B&P

or its affiliates.