

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AbdellKader

Date de naissance : 1938

Adresse : Janilia

Tél. : 066 860 4130 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/2012

Nom et prénom du malade : AZIZ ABDEL KADER Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Conjonctive Allergie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

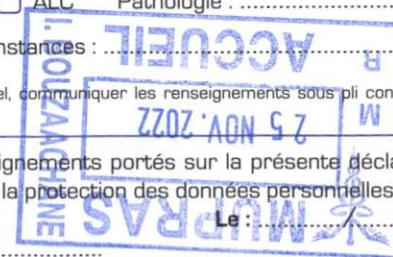
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

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
21/11/22	DS		200 DH	DR. ABDERRAHMANE DOUKKALI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Casablanca * Tél. 05 22 82 18 84 *

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Abderrahmane Doukkali Bd. Abdellatif Ben Kaddour Casablanca * Tél. 05 22 82 18 84 *	21/11/22	221,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

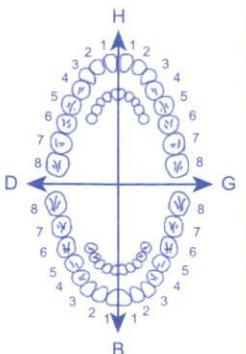
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	G			
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي 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

21/11/2022
ORDONNANCE

Casablanca AZIZ / Abdelkader

23,40

- OPTIPRED COLLYRE



1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

99,50

- Hye COLLYRE



1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 mois

T = 221,40



Dr Bouchaib NACHAT
Ophtalmologiste
Résidence Fathe 1, Impr 12 N° 2
Hay Mly Abdellah Pd. Al Qods
Aïn Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 21 25 15 GSM: 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.Bouchaib@gmail.com

LOT
PPC
DHS

0070822
2024 08
99,00



8 032668 870147

LOT
PPC
DHS

0210322
2024 03
99,00



8 032668 870147

أوبتىبرد®
Optipred®

Lot: YK0006
Fab: 08 21
Exp: 08 23
PPV: 23 DH 40



6 118061 040643

12501223-03S