

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

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

5356

Société : R.A.F

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nader Abdellah

Date de naissance : 1950

Adresse : Dar charfa Rue 15 N° 15

Tél. : 06 02 91 37 77

Total des frais engagés :

Dhs

Dr Bouchair NACHAT

Ophtalmologiste

Résidence Fatch 1, Imme 12 N° 2

Hly Mly Abdellah Bd, Al Qods

Ain Chock - Casablanca

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/02/2023

Nom et prénom du malade : NARSDANI KHALIFA

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 23/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes
23/12/23	0

Natures des Actes

Nombre et Coefficient

Montant détaillé des Honoraires

**Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes**

des Horaires
2001H

~~Al Quds
Ain Chock - Casablanca
05.22.21.25.15 - 06.61.18.66.00~~

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIARIES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien

Date des
Séins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

5

vi

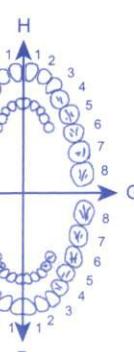
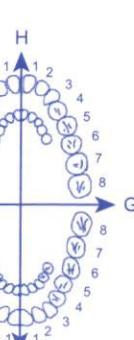
u

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														
				Coefficient des travaux													
				Montants des soins													
				Début d'exécution													
				Fin d'exécution													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		G		00000000	35533411	11433553		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B		G															
00000000	35533411	11433553															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins													
				Date du devis													
				Date de l'exécution													

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 Août Casablanca

- 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 الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- المعالة بالليزر- تصحيح النظر

- المستعجلات

ORDONNANCE WARDANI Khalfia

Casablanca le :

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURES :
DE LOIN Organiques

Oeil Droit : +1,50 (-1,50) à 96°

Oeil Gauche : +1,25 (-1,00) à 73°

DE PRES Organiques

Oeil Droit : +4,25 (-1,50) à 96°

Oeil Gauche : +4,00 (-1,00) à 73°

Optique Ohoud
Opticien Optométriste
4, Rue D'Alger Mosquée Ohoud

Dr NACHAT Bouchaib
Ophtalmologiste
Résidence Fath 1, Imm 12 N° 2
1129 Aïn Chock Casablanca
Tél: 05 22 21 25 15 - Urgences : 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 FATH 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbain 30) Aïn Chock Casa
Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06
E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com