

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : *02422*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BELARREM*

MESSAOUD

Date de naissance : *01 - 01 - 1953*

Adresse : *LAT TADAMOUNE Rue 3 N°17 EL OULCHA*

GASA

Tél. : *0663692275*

Total des frais engagés : *200.00 + 162.60 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/03/2023*

Nom et prénom du malade : *BELARREM MESSAOUD*

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Vue droite*

27 MAR. 2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *R ACCUEIL*

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 : *020*

Le : *18 / 03 / 2023*

Signature de l'adhérent[e] : *[Signature]*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/03/23	G		200.00	Dr. Abdelhak BOUCHTA OPHTALMOLOGISTE 10, Rue Alia Ben Abdellah Casablanca Tél/Fax: 05 22 63 20 02 14010 Casablanca Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 14010 Casablanca Tél/Fax: 05 22 63 20 02	18/03/23	162.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
	G				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوichiتا

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العول-عدسة الاتصال الليزر-angiografia

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

70، زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء

05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الهاتف:

Casablancale

18 / 103 / 1525

الدار البيضاء في

NESSAOUA

BEL ARREM

29.6

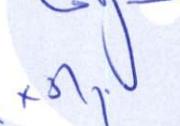
/ Flacon



100.0

4

Mix tears



162.6

DR. ABDELHAK BOUCHTA
SAR.LA-H
140 Lot Smaïraida Kasba
Casablanca 10
Tel.: 0522 47 14 72
Fax: 0522 65 20 07

PHARMACIE SARANAZ
SAR.LA-H
140 Lot Smaïraida Kasba
Casablanca 10
Tel/Fax : 05 22 65 20 07

