

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7677

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAH EL RHASSOULI

Date de naissance : 09/03/61

Adresse : HAJI FATH S N° 79 OULEMA

Tél. : 0670776963

Total des frais engagés :

129 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2019

Nom et prénom du malade : EL RHASSOULI CHAIMAE Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vue de refroidissement

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 : 09/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

KYD

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
09/04/13	G2		250.00	Jr. Abderrahmane BOUCHER OPHTALMOLOGISTE que Allah Ben Abdellah Casablanca 22/05/0522 47 14 721

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU RUE Anne DEBBACHE DENNIS Naima Bandoeng Casablanca 05 22 30 42 28	01/04/23	129,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

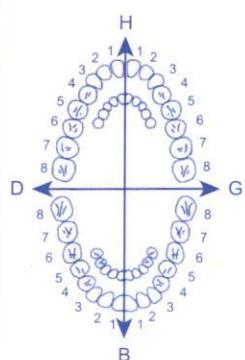
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

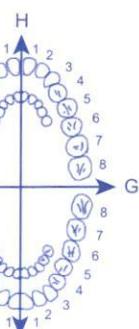
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

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

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

الدكتور عبد الحق بوعشة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجلوب-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافيا

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

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

05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الهاتف:

Casablancale

01/08/2023

الدار البيضاء في

CHAIRIA

EL RHA SOULI

75, 00

Lamsofta

collie

ml

AS

54, 10

Lamsofta

1 gtl x 21;

coll-

ml

AS

129, 10

GRANDE PHARMACIE DU MAROC
Mme DEBBAGH BENNIS Naïma
Bandoeng, Casablanca
30 42 28

LEVOPHTA 0.05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DMP/21/NRQr



عيار/ LOT/

FAB/

02-2022

تاريخ إنتاج/ EXP/

01-2024

تاريخ انتهاء/ EXPI/

01-2024

PPV: 75,00 DHS

6118001270354

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTHALMOLOGISTE
70, Rue Allah Ben Abdellah
Casablanca
Tél.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTHALMOLOGISTE
70, Rue Allah Ben Abdellah
Casablanca
Tél.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

Tél.: 052

