

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0034893

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 741 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : CHAOUKI Mohamed 160027
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : Avenue adresse
 Tél. : 06 52 75 2716 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05/2023
 Nom et prénom du malade : CHAOUKI mohamed Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Altechim Oculaire
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
08/05/2023	CS		200,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/05/23	1325.80

092076629

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

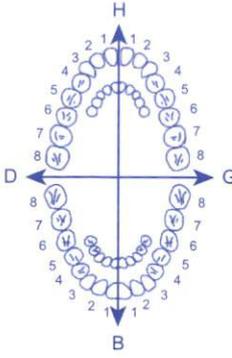
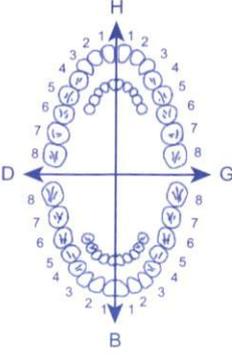
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</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 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" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				MONTANTS DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

الدكتور محمد شهبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتاي و بالمركز الفرنسي للعيون

15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيللا بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خبير تصحيح البصر بالليزر

2023 05 08 0887

Mohamed Chahbi

10h10xh

@

Tarant

you + 2f sm



Carton 127-



you sm

8h190 S

PHARMACIE RIABAL QODS
370 K. BOULEVARD ANTOINE
Hay Al Qods- Sidi Bernoussi
Casablanca- Tél: 05.22.73.21.91

PHARMACIE RIABAL QODS
370 K. BOULEVARD ANTOINE
Hay Al Qods- Sidi Bernoussi
Casablanca- Tél: 05.22.73.21.91

148,00
140,00 x 3

Percat



1325,20

DR. CHAHBI Mohammed
544, bd. panoramique, californie,
Casablanca maroc
Tel: 05 22 29 66 60 / 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21



مصلحة العين
CLINIQUE DE L'OEIL
— Californie —

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc ☎ +212 522 50 15 15
 Patente N° : 34082698 - Identifiant Fiscal N° : 37521862 ☎ +212 522 86 46 18
 ICE N° : 002281194000046 - RC N° : 434621 - CNSS: 1563901 ☎ +212 522 86 46 19
 ☎ +212 522 86 46 20 ☎ +212 522 29 66 00 / 60
 ☎ +212 522 86 46 21
 ✉ clinicoeil.californie@gmail.com
 🌐 www.clinic-oeil.com

LOT U037806 1
EXP 09 2023
PPV 104.40 DH

LOT U032146 1
EXP 09 2023
PPV 104.40 DH

LOT U037806 1
EXP 09 2023
PPV 104.40 DH

LOT W004827 1
EXP 09 2023
PPV 104.40 DH

CARTEOL L.P. 2% LOT/عيار H8475
Collyre 3ml FAB/تاريخ الانتاج 05-2022
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 04-2024
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040 PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2% LOT/عيار H8475
Collyre 3ml FAB/تاريخ الانتاج 05-2022
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 04-2024
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040 PPV : 68,80 DH

CARTEOL L.P. 2% LOT/عيار H7824
Collyre 3ml FAB/تاريخ الانتاج 10-2021
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 09-2023
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040 PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2% LOT/عيار H8475
Collyre 3ml FAB/تاريخ الانتاج 05-2022
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 04-2024
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040 PPV : 68,80 DH

6 || 118001 || 070619 ||
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 || 118001 || 070619 ||
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 148.70 DH

6 || 118001 || 070619 ||
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 || 118001 || 070619 ||
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH