

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- N° 003188

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01694

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADIB Abderrahmane

183753

Date de naissance :

30 - 06 - 1950

Adresse :

WAFA 3 im. 21 Apt 5 OULFA

Tél. :

0661429250

Total des frais engagés : 544,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr CHRAIBI H.Karim

Chirurgien Ophtalmologiste

Angle Route d'Azemmour et Bd Sidi

Abderrahmane Hay Hassani-Casablanca

20 NOV 2023

0661429250 - 0522915607 - Gsm: 0634749749

Date de consultation :

AIT HADCHI KHADDOUJ Age: 66ans

Nom et prénom du malade :

AIT HADCHI KHADDOUJ

Age: 66ans

20 NOV 2023

0661429250 - 0522915607 - Gsm: 0634749749

Pathologie :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Conjoint

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 : 20.11.2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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.

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
20 NOV. 2023	Est.Rx	350.-		Dr CHRAZI H. Chirurgien Ophtalmologue route d'Alzette Boulevard Hay Hassni - Casablanca 15602 Tél: 052915602 - GSM: 0664749123

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
201M12023 Salma RENA BDERRAHMANE IP	201M12023	244,20

0522

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Praticien

AUXILIAIRES MEDICAUX

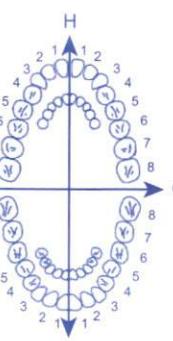
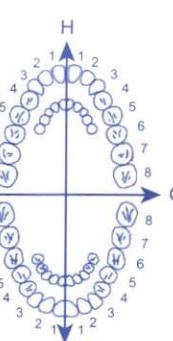
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAIBI H. Karim
MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX
ANGIOGRAPHIE - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE
 Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de BORDEAUX
 Ancien Attaché des Hôpitaux de BORDEAUX
 Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTHALMOLOGIE
 Membre de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبى ح. كريم
 اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا
 جراح سابقاً بمستشفيات بوردو

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون
 عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

CASABLANCA, LE 20 NOV. 2023



IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGLE BD. SIDI AB
 2^{ÈME} ÉTAGE APP. N°1 - 20230 CASABLANCA - TÉL.
 TÉL./FAX : 0522 91 56 02 - E-MAIL : CABINET@KARIMCHRAIBIH.COM

Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

TRÉE B
 49