

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W19-453526

ND: 33254

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1537

Société :

Optique

Autres

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUBAN MOHAMED

Date de naissance :

16.06.50

Adresse :

BD TAHIA HOUSSAIN, RUE 61 N°3

NASOR

Tél. : 0661089117

Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور شفيق شفايك
Dr. CHEMLAL CHAFIK
OPHTHALMOLOGISTE
A.V. YOUSSEF BEN TACHAÏA N° 185
Eygues, Casablanca 100 000
Tél: 05 22 20 45 45

Date de consultation :

12/06/2020

Nom et prénom du malade :

AMROUSSI YAMAIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

OCT ODG

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 : NASOR

Le : 19/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Houbar

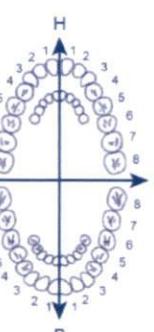
MUPRAS

ACCUEIL

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
12/06/2022	OCT		1000 DH	INP : 0810292014 LOGIS
06/06/2022	ODG			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																																							
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)																																			
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																			
				Montants des soins <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																			
				Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																			
				Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																			
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>			H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		D							00000000		00000000				35533411		11433553				B			
H		G																																					
25533412		21433552																																					
00000000		00000000																																					
D																																							
		00000000		00000000																																			
		35533411		11433553																																			
		B																																					
		Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																					
		Montants des soins <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																					
		Date du devis <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																					
		Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																							

Dr. CHEMLAL Chafik

OPHTALMOLOGISTE
Chirurgie de la Cataracte
par Phacoémulsification
* Strabisme - Dacryologie
* Ophtalmologie Pédiatrique
* Neuro - Ophtalmologie
* Contactologie
* angiographie rétinienne
Numerisee Laser Argon
* O.C.T

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat



الدكتور شملا شفيف

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلاة بالليزر

جراحة العول

جراحة مسالك الدموع والحواجب

العدسات اللاصقة ، تصوير أوعية العيون

أشعة الليزر الرقمية

سكنير العيون

خريج كلية الطب بالرباط

ORDONNANCE

Nom : A.M. ROUSSI, Y.A. CHEMLAL CHAFIK
Nador, le : 12/06/2010
Dr. CHEMLAL CHAFIK
Dr. OPHTHALMOLOGISTE
Av. Youssef Ibn Tachfin N° 185
Télé : 0536.33.00.00 - 0661.29.68.44
Fax : 0536.33.00.00 - 0661.29.68.44
OCT ODC

- petit remaniement de la dépression foréolaine
- absence d'acné manifeste sur la face
- vis en ODC

Dr. CHEMLAL CHAFIK
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Youssef Ibn Tachfin N° 185
Pharmacie Ibn Youssef
Nador - Tél : 0536.33.00.00 - Gsm : 0661.29.68.44

Dr CHEMLAL CHAFIK

OPHTALMOLOGISTE

- **Strabisme _Dacryologie**
- **Ophtalmologie Pédiatrique**
- **Neuro_Ophtalmologie**
- **Contactologie**
- **Angiographie rétinienne Ndmeriseé-Lasser Argon**
- **O . C . T .**

Diplomé De la Faculté de Médecine de Rabat

NIF 20761346

NOM : AMROUSSI YAMNA

NADOR : le 12/06/2020

Facture du OCT ODG

LES HONORAIRES du OCT ODG

SONT 1000 DH

الدكتور شفيق شملال
Dr. CHEMLAL Chafik
OPHTALMOLOGISTE
Av. Youssouf Ben Nasser N°195
Enfants Pédiatrique N°195
TOI Bébés 3e étage 1er étage N°195
SIDI BOUZID 10000 NADOR
Tél: 0524 36 68 68 / 0524 36 68 68

OCT Ophthalmoscope

OPKO
INSTRUMENTATION
A Division of OPKO Health, Inc.

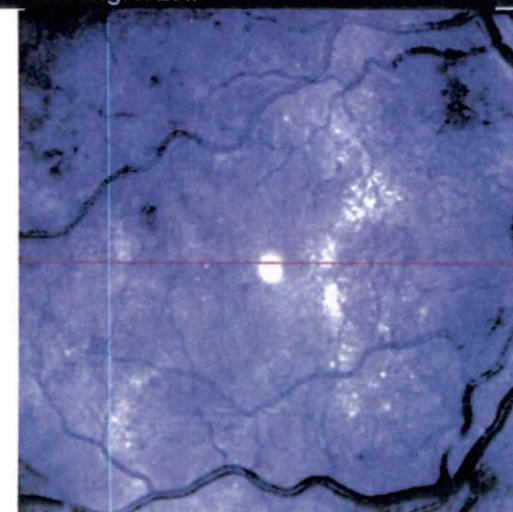
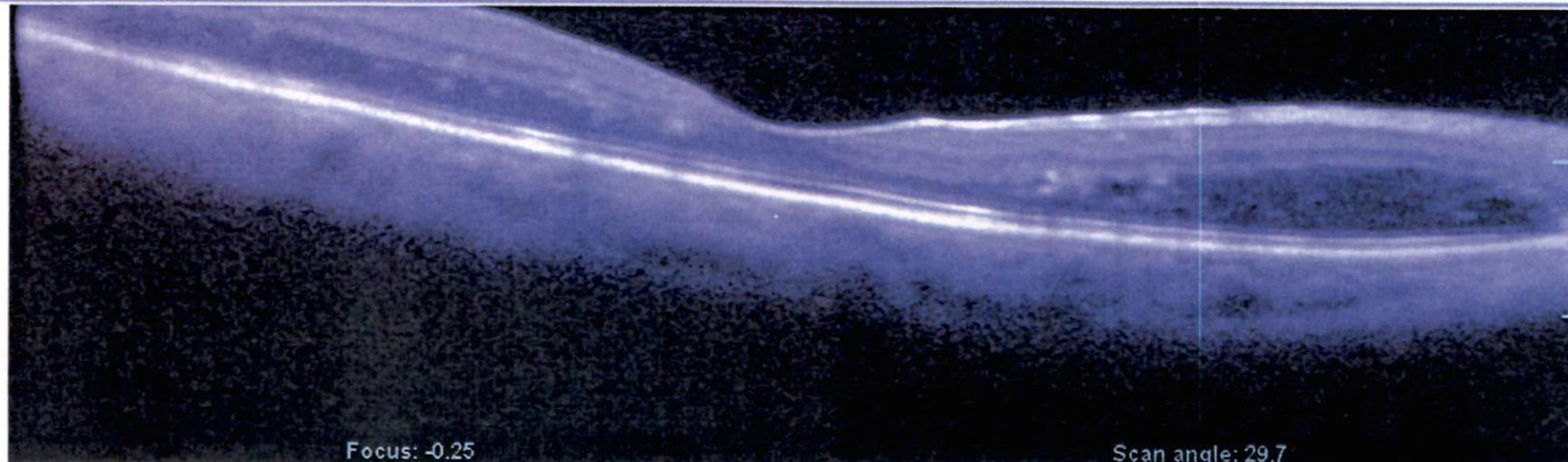
Patient Name: AMROUSSI, YAMN,

D.O.B.: Jan 1, 1954

Patient ID: 651631064

Exam date: Jun 12, 2020

OD



Comments:

OCT Ophthalmoscope

OPKO
INSTRUMENTATION
A Division of OPKO Health, Inc.

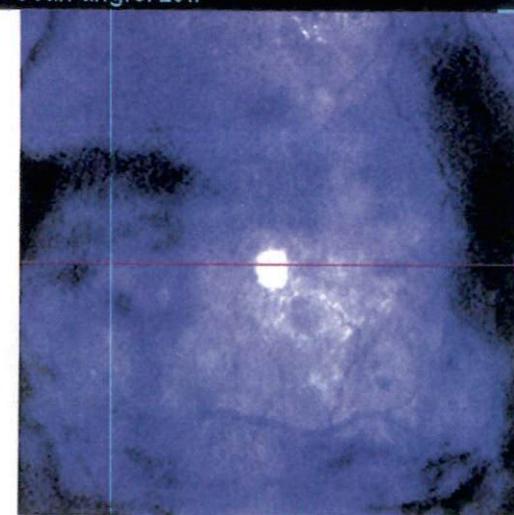
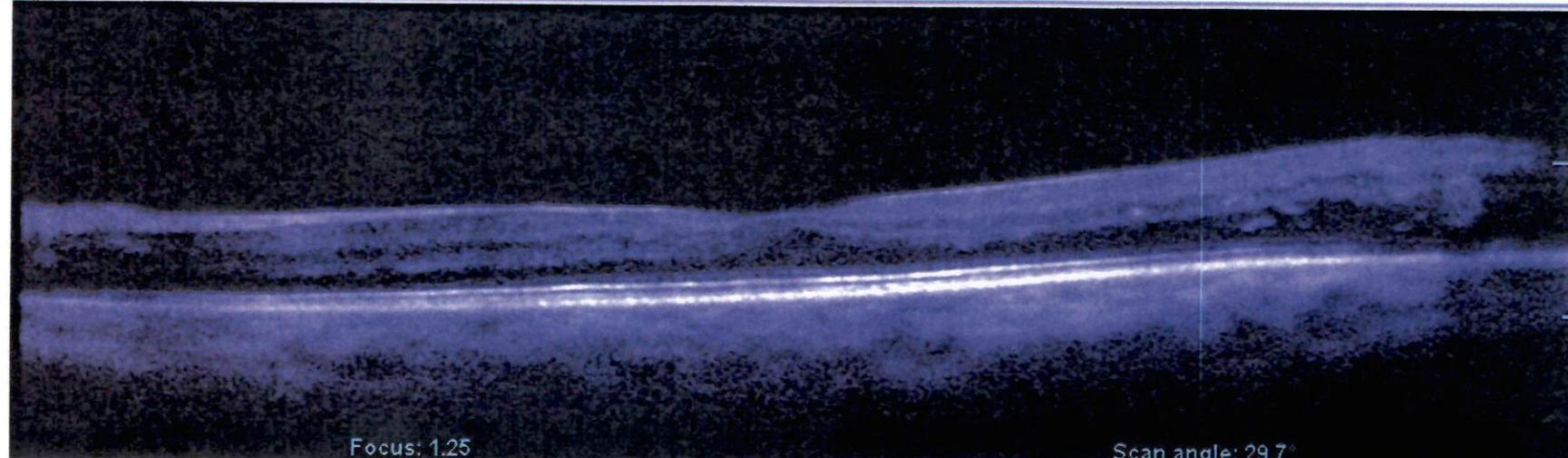
Patient Name: AMROUSSI, YAMN,

D.O.B.: Jan 1, 1954

Patient ID: 651631064

Exam date: Jun 12, 2020

OS



Comments: