

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

60941
Recette

64723 CA

Declaration de Maladie

N° W21-612432

Optique Autres

Itaire

Matricule : 0405 Cadre réservé à l'adhérent(e)

Société : R. A. M.

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : JABER EL HOUSSINE

Date de naissance : 1941

Adresse : Route EL Aaroua, lot Talhaoui A3 n°4 Oujda

Tél. 0536 74 39 52 Total des frais engagés # 456,30 DH # Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Abdelfettah GUEDDARI OPHTHALMOLOGISTE Rue Errazi Imm. Al Mountazah Appt. 4 - OUJDA Tél. 05.36.62.25.24

Date de consultation : 24-02-2021

Nom et prénom du malade : Jaber El Houssine

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Chirurgie Cat 03

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 : Oujda Le : 24/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-612432

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0405

Nom de l'adhérent(e) : JABER

Total des frais engagés : 456,30 DH

Date de dépôt : 24/02/2021

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
27.02.21	Ca	Contrôle		INP : 081092595 Dr Abdelfettah GUEDDAR OPHTALMOLOGISTE Rue Errazi Imm. Al Mountazah

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIF SIDI MOUSSA 24-02-21	24-02-21	456,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ONF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Functional Therapeutic measures in patients

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU GRADUÉ EN ATTENDANT LA VÉRIFICATION



ORDONNANCE

Oujda, le : 24-02-21 : وجدة في :

1) R Taber EL Haoussine
 14⁰⁰ + Cafex 500
 - 1 cp x 2 / J 15J
 13⁰⁰ Algik cp
 - 1 cp x 2 / J 07J
 2.7⁵⁰ Icim 8
 1 gte x 4 / 06
 3.2²⁰ Facithalamic 6cl 15J
 1 App x 2 / 06
 5.8⁰⁰ I holocophlyne c
 1 gte x 4 / 06 1 Mois
 3.0³⁰ I Comb 8
 1 gte x 4 / 06 15J
 - Panst ocul Stein

Dr Abdelfettah GUEDDARI
 OPHTHALMOLOGISTE
 Rue Errazi Imm. Al Mountazah
 APP 4 - OUJDA

2, Bd. Allal Ben Abdellah - OUJDA

الهاتف : 05 36 70 15 15 - الفاكس : 05 36 68 20 20 / 05 36 70 32 50

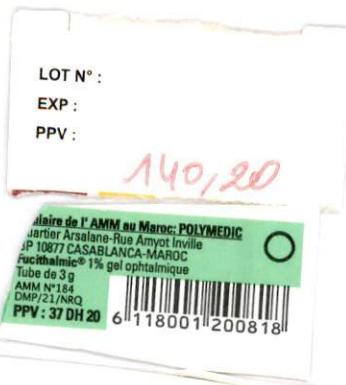
2, شارع علال ابن عبد الله - وجدة
 Tel : 05 36 70 15 15



T. SWP →

149,90
Ocusaline C.
1 g/10 ml x 4 fl oz
18

T = 456,30



INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
LOT/مار: H5811
FAB/ج: 02-2020
Exp/إ: 07-2021
ZENITH PHARMA
PPV: 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

