

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W19-500500

ND: 43141

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

1334

Matricule :

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOUHAMI MOHAMMED

Date de naissance :

17-11-1949

Adresse :

29 BP MOHAMED VI HEY EL QODS

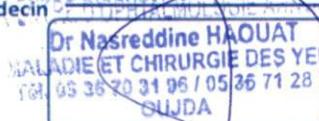
Tél. :

0611778763

Total des frais engagés : 4600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24 Sept 2020

Nom et prénom du malade :

TOUHAMI MOHAMMED

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
34 Sept 2020	CD		250 DH/S	INSTITUT DR NASSREDINE DIE E-CHABAN 02/09/2020 107374

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

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

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
ESPACE ORTHOPTICAL Participant : Optométriste Imm. Essaada N°3 Ed. Zerkouni - OUJDA	26/12/20					46000DH	

## **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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
					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																			
		<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td><td>21433552</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>35533411</td><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																			
25533412	00000000	21433552	00000000																		
D		B																			
00000000	35533411	00000000	11433553																		
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
		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**

**Dr. Nasreddine Haouat**  
**Ophtalmologiste**

Diplômé de la Faculté de NICE FRANCE  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex-Médecin Chef des Services d'Ophtalmologie  
des Hôpitaux Militaires des F.A.R  
(MEKNES-MARRAKECH)



**الدكتور نصر الدين حوات**

خريج كلية نيس بفرنسا

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب رئيسي بقسم العيون بمستشفيات

القوات المسلحة الملكية

(مكناس - مراكش)

Oujda, le 14/09/2002

M

le 14/09/2002

W

♦ LASER ARGON

♦ LASER YAG

♦ ANGIOGRAPHIE  
FLUORESCÉNIQUE

♦ ECHOGRAPHIE  
BIOMETRIE SONDE  
10 MHZ et 20 MHZ

♦ CHAMPS VISUEL

♦ TOPOGRAPHIE  
CORNEENNES ET  
SIMULATION  
A LA FLUORESCÉINE

mu + J L cette flbr

mu 0.8g f 0.26  
CDR RL 0.8L f 3.25

mu 0.8g f 0.26

ESPACE ORTHOPTICAL  
Opticien-Orthométriste  
Immeuble Esanda N°3  
Rue Zerkouni - OUJDA

CENTRE OPHTHALMOLOGIE ANNOUR  
Dr Nasreddine HAOUAT  
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX  
Tél. 05 36 70 31 96 / 05 36 71 28 71  
CHPRA

شارع الدرفوفي - عمارة حمري - الطابق الثاني - وحدة

Bd. Derfoufi - Immeuble HIMRI - 2<sup>ème</sup> Etage - Tél.: 05 36 70 31 96 / Fax : 05 36 71 28 71 - OUJDA

ICE : 001713661000056 - INP : 081073777

# ESPACE ORTHOPTICAL

Sana LAHBIL

Opticienne - Orthoptiste

Bd. Zertouni - Imm. Saâda N°3 Bloc B

Tél : 05 36 68 32 44 - Oujda

Patente N°: 10107360

Equipement destiné à

TOUHAMI  
Mohamed

Tél. dom ..... Tél. Bur .....

Docteur Ayant établi l'Ordonnance

Date de l'Ordonnance

I F n°1063 65 N° 000020

R C 18310

FACTURE INPE 085715785 Du (Date) 26/09/2020

Libellé	Tips	Prix de Vente
monture		2100DH
lunettes	Progrssifs	2500DH

ICE:

000 418787 0000 41

ESPACE ORTHOPTICAL

Opticien-Optométriste

Imm. Essanda N°3

Bd. Zerkaneuni - OUJDA

Total

4600DH

Total de la vente

4600 DH

ESPACE ORTHOPTICAL