

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-604620

7/1/26

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2435	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SERAJ
Nom & Prénom : Fatima			
Date de naissance : 10/01/54			
Adresse : 33 Bd Lieutenant Belhousine OUIBA			
Tél. : 0667051782		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

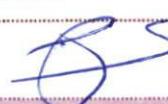
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
  			
Date de consultation : 12/04/2021			
Nom et prénom du malade : M. SERRAJ			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Amblyopie			
En cas d'accident 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 : QUIDA

Le : 12/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
12/04/2021	2		INP : 08411873416 Dr Hicham KALAFI OPHTALMOLOGISTE Imme. Sidi-Angel Rue Jekerda et Lot Belkhouane 2 Etage - Oujda - 05 36 69 05 55	STFO 350,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VERO OPTIQUE	12-4-21	193,00
Opticien Optométriste - Lenelle de Contreau	22-04-21	1700,00 dh
INPE 065014482		

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : []
				Coefficient DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				Coefficient DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H		2533412	21433552	
D		00000000	00000000	
B		35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hicham RAMDANI

- OPHTALMOLIGISTE -

Angiographie Numérisée - Laser - OCT

Chirurgie de Strabisme et de Paupière

Chirurgie de la Cataracte

par Phaco-emulsification



le lundi 12 avril 2021

Oujda, le وحدة، في

الدكتور هشام رمضانى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

تصوير الأوعية الشبكية . أشعة الليزر

جراحة الجفن و تقويم الحول

جراحة العجلالة بالفاكوا

Fatiha SERRAJ



Dicloced 1 mg/ml

ديكلوسيد 1 مغ/مل

Lot / Fab / EXP
حصة/تاريخ الإنتاج/إنتهاء الصلاحية

4N90

05 2020

05 2022

69,00
Dicloced collyre

Une goutte matin et soir dans l'oeil gauche pendant un mois.

HydraMed night gel opht

Une application le soir dans les deux yeux pdt 1 mois

PHARMACIE AL FAZ 21
66, Bd Lieutenant Belhoucine
Tél : 05 36 60 01 41 Oujda

Dr Hicham RAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
Imm. Saidi Angle Rue Jakarta et Lot Belhoucine
2 Etage - Oujda - Tél : 05 36 69 05 55

10 Total 193,00

زاوية زنقة جكارطا و زنقة الملازم بالحسين إقامة السعیدي الطابق الثالث مقابل ثانوية عبد المؤمن- وجدة

Angle Rue Jakarta et Rue Lieutenant Belhoucine Rés. Saidi 3 éme Etage

(en face Lycée Abdelmoumen)- Oujda- Tél: 05.36.69.05.55

Dr. Hicham RAMDANI

- OPHTALMOLIGISTE -

Angiographie Numérisée - Laser - OCT
Chirurgie de Strabisme et de Paupière

Chirurgie de la Cataracte
par Phaco-emulsification



le lundi 12 avril 2021

Oujda, le

الدكتور هشام رمضانى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

تصوير الأوعية الشبكية . أشعة الليزر

جراحة الجفن و تقويم الحول

جراحة العجلة بالفاكتور

وجدة، في

Fatiha SERRAJ

- Une Monture :

- Verres de PRES :

OEIL DROIT : +2,50

OEIL GAUCHE : +2,50

VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste - Lentille de Contacte

Reç Centre N°1 à Côte de Caf El Badoui

Oujda - C. n: 06 15 34 82 70

Dr Hicham RAMDANI
OPHTALMOLOGISTE

Imm. Saidi Angle Rue Jakarta et Lot Belhoccine
2 Etage - Oujda - Tél: 05.36.69.05.55

زاوية زنقة جكارطا و زنقة الملازم بالحسين إقامة السعیدي الطابق الثالث مقابل ثانوية عبد المؤمن-وجدة

Angle Rue Jakarta et Rue Lieutenant Belhoccine Rés. Saidi 3 éme Etage

(en face Lycée Abdelmoumen)- Oujda- Tél: 05.36.69.05.55



VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste

Lentille de contacte

FACTURE

N° 00003535

VERO OPTIQUE
Opticien Optométriste - Lentille de contacte

Date: 22/04/2021

Monsieur (Mme): SA. R.R.A. Fatima

Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui - Ouajda

Gsm : 06 15 34 82 70 - VERO OPTIQUE

RC : 34803- Patente : 11201709

ICE : 002398089000067

I.F : 42739944 - CNSS : 1844173

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: OG:					
VP: { OD: OG:		+2.50 42.50	1	600 600	1200
ADD:					
			<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input checked="" type="checkbox"/> UNIFOCAL <input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE <input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input checked="" type="checkbox"/> ANTI BLEU <input type="checkbox"/> 1,5 <input type="checkbox"/> 1,6 <input checked="" type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74 <input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
<u>VERO OPTIQUE</u> <small>Opticien Optométriste - Lentille de Contacte</small> <small>Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui</small> <small>Ouajda - Gsm : 06 15 34 82 70</small>			<small>MONTURE OPTIQUE</small> <input type="checkbox"/> METAL <input checked="" type="checkbox"/> PLASTIQUE		
1	500	500			
TOTAL <u>1900,00 DH</u>					

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Mille sept cent dirham