

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.



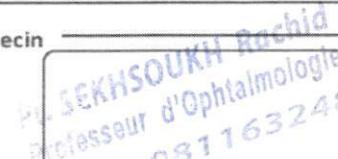
Déclaration de Maladie

N° W21-626811

7433A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 6019	Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZAINI MOHAMMED		
Date de naissance : 29/01/1961		
Adresse : LOT MILITAIRE AR21 Rue ABOU HOURAIRA NR2		
Tél. : 0661419652	Total des frais engagés : 3120,00	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 DR SEKHSOUKH Rachid Professeur d'Ophthalmologie NPIE: 081163248		
Date de consultation : 29/04/2021		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Allergie		
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'at: médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 04/05/2021 Le : 07/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IDRIS AL AYBAR Dr CHEIQUANI Metrad Bd. Aboubakr Al Kadin 111 Tel. 05 36 51 15 32 - OUDA INPE SOCIETE D'ETUDE ET DE CONSEIL D'IMMOBILIAIRE LISTE 21/5/21	22-4-2021	320,00 2500,00

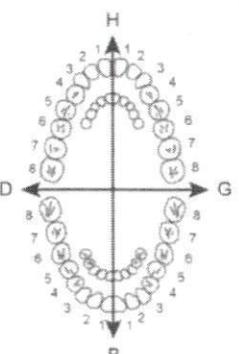
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

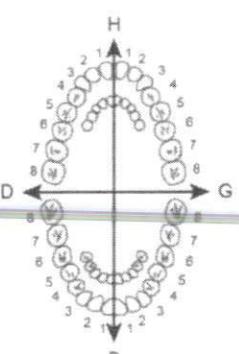
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

PR. SEKHSOUKH RACHID

Professeur d'Ophthalmologie

Diplôme de Chirurgie Vitreo-rétinienne

Université Bordeaux II ; France

INPE : 081163248



البروفيسور رشيد سخسوخ

أستاذ طب و جراحة العيون

دبلوم جراحة الشبكية

جامعة بوردو 2: فرنسا

06.54.01.87.68

N° :

Oujda Le 22 AVR 2023

Zalerg

TOBRADEX

2023 - 08

LOT

29-9-612

PPC:

19.00

190,00



25323103

03 2020
3N29 03 2020

Lot / Fab / EXP

Zalerg 0,25 mg/ml
زالرغ 0,25 مغ/مل

Pharmacie IDRIS AL AKBAR
Dr CHETOUANI Mourad
Bd. Aboubakr Al Kadih 111
Tél. 05 36 51 15 32 - OUJDA

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3,5g
Boîte de 1 tube
(Tobramycine + hexaméthionate
Tube de 3,5 g
Vaseline Ophthalmaique
NOVARTIS

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3,5g
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 459/18 DMP/21/NRQ

61118001070602
69020-4

081163248

SMS WhatsApp

PR. SEKHSOUKH RACHID
Professeur d'Ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Vitréo-rétinienne
Université Bordeaux II ; France
INPE : 081163248



البروفيسور رشيد سخسوك
أستاذ طب وجراحة العيون
دبلوم جراحة الشبكية
جامعة بوردو 2: فرنسا
06.54.01.87.68

N° :

Oujda Le 22/02/2022

Nom : Zaini Mohamed

Lunettes de correction

« Verres et monture »

Vision de loin :

OD : +2.100 (-0.5 à 141 °)

OG : +0.500 (..... à °)

Vision de près :

Addition : + 3 ,00 D En O D G

Demandez conseil à votre opticien : Ecart inter-pupillaire = mm

Verre Unifocal Bifocal Progressif Aminci minéral organique Polycarbonate Lentille Contact

Anti-Reflets Filtre Bleu/UV Photochromique Teinté A B C D Polarisé

Hydrophobe anti-buée anti-statique anti-Salissure anti-trace Anti-Rayure

Entretien : lingette microfibre+ Spray+ étui : évitez les chaleurs et les rayures...

ACOUSTIQUE
CENTRE
HADDOUCHI OPTIQUE
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
BD. MED. V - Magasin N°3
Tél: 05 36 70 46 01

Cachet et signature



081163248

SMS WhatsApp 06.54.01.87.68 RDV:/...../202.. ÀH

CENTRE ACOUSTIQUE - OPTIQUE

OPTICIEN - AUDIOPROTHESISTE

Résidence FARAH - Bd Med V. OUJDA

Magasin N° 3 - Tél. 05 36 70 46 01

PAT : 10700900 / I.F. : 10641610

CNSS : 2391902 / R.C. : 32528

I.C.E. : 00 16351 34000059

Code INPE : 085001667

Le 27/05/2021

M. ZAÏGI
Ipho <
oujda

FACTURE N° 000693

Ordonnance du Docteur : SEKHOUKH

N° de nomenclature correspondant à la prescription	LOIN { OD = OG =
D.F. { OD = 523 OG = 522	PRES { OD = OG =
FOURNITURE :	
Monture :	1000.00
Verres : Progressif	1500.00
TOTAL...	2600.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Dix-sept mille cinquante dirhams

ACOUSTIQUE CENTRE OPTIQUE
HARDOUCHI AUDIOPROTHESISTE
OPTICIEN - OPTOMÉTRE
Bd MED. V. MAGASIN N° 3
Tél. 05 36 70 46 01
Timbre Obligatoire

FACTURE N°0109/2021

Nom & Prénom du bénéficiaire ZAIMI MOHAMMED	
DATE: 22/04/2021	
<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
<u>CONSULTATION+FO</u>	<u>300.00DH</u>
TOTAL	300.00DH

Arrêter la présente facture a la somme de :
TROIS CENT DIRHAMS

Lot talhaui N232 rte al Irfane Oujda Maroc
tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789
patente n° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com
N°I F : 14413857 ICE : 001713657000067

