

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-661192

109096

par courrier

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

2435

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e)

SERRAS Fatima

Date de naissance : 10/01/54

Adresse : 33, Bd Lieutenant Belhousine Oujda

Tél. : 0667051780

Total des frais engagés : 2050, D+

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Hicham RAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
mm. Saidi Angle Rue Jakarta et Lot Belhoccine
2 Flage, Oujda - 05 22 40 05 55

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age:

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

AS

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-661192

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).

2435

Matricule : Mai - Héme

2050, D+

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
01.03.22 C2			25000	INP : 081203416 Dr Hicham RAMDAN OPHTALMOLOGISTE Im. Saidi Angle Rue Jakarta et Lot Belhouchi 2 Etage - Oujda - 05 36 69 05 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Opticien Optique - Lentille de Contact Rajae Centre A - 1000 de Café El Badanul Gsm: 0615348270 Rajae MOUBACHI	03.03.2022	18.00.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 :

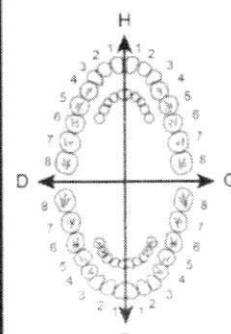
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				INP : _____
				Coefficient des travaux : _____
				Montants des soins : _____
				Début d'exécution : _____
				Fin d'exécution : _____

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		



[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

Coefficient des travaux : _____

Montants des soins : _____

Date du devis : _____

Date de l'exécution : _____

Dr. Hicham RAMDANI

- OPHTALMOLOGISTE -

Angiographie Numérisée - Laser - OCT

Chirurgie de Strabisme et de Paupière

Chirurgie de la Cataracte

par Phaco-emulsification



الدكتور هشام رمضان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية الشبكية . أشعة الليزر

جراحة الجفن و تقويم الع Howell

جراحة الجلاة بالفلاش

Oujda, le le mardi 1 mars 2022

وجدة، في

Fatiha SERRAJ

1°) Une Monture pour la Vision de LOIN :

OEIL DROIT : (-0,50 à 15°)

OEIL GAUCHE : -5,50 (-1,00 à 171°)



2°) Une Monture pour la Vision de PRES :

OEIL DROIT : Add 2,50

OEIL GAUCHE : Add 2,50

Verres d'Indice Elevé

Dr Hicham RAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
Immeuble Saidi Angle Rue Jakarta et Lot Belhoucine
2 Etagé - Oujda - Tél: 05 36 69 05

زاوية زنقة جكارطا و زنقة الملازم بالحسين إقامة السعديي الصابق الثالث مقابل ثانوية عبد المؤمن-وجدة

Angle Rue Jakarta et Rue Lieutenant Belhoucine Rés. Saidi 3 ème Etagé

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



VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste

Lentille de contacte

FACTURE

Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui - Ouajda
Gsm : 06 15 34 82 70 - [VERO OPTIQUE](#)

0000297

Date: 03.03.2022

Monsieur (Mme): FATIHA SERRAJ

RC : 34803- Patente : 11201709

ICE : 002398089000067

I.F : 42739944 - CNSS : 1844173

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: {OD: -0.50 OG: -1.00	15°				
VP: {OD: OG:	171	-5.50			
ADD: ODG: +	2.50				
			2	600.-	1200.-
			<input checked="" type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input 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 checked="" type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74 <input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
			<input type="checkbox"/> MONTURE OPTIQUE <input type="checkbox"/> METAL <input checked="" type="checkbox"/> PLASTIQUE		
	A	600.-			
TOTAL		1800.-			

Arrêtée la présente facture à la somme de: mille Huit Cent

D #