

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.



Déclaration de Maladie
M22- 54382

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2435

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

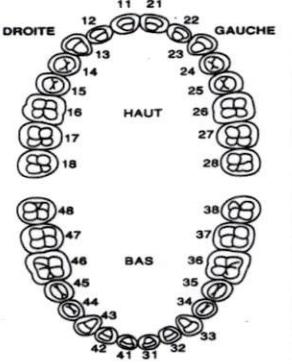
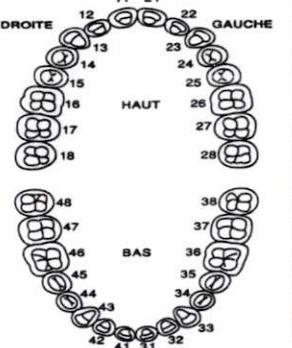
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

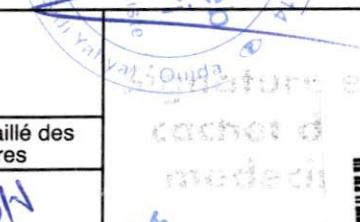
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
 DROITE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 23 24 25 26 27 28 BAS 38 37 36 35 34 33 42 41 31 32																					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																			
 DROITE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 23 24 25 26 27 28 BAS 38 37 36 35 34 33 42 41 31 32	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%;">H</td> <td style="width: 40%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">C</td> <td style="width: 50%;">Montant détaillé des honoraires 250 DH</td> </tr> </table>	C	Montant détaillé des honoraires 250 DH
		D	H	G																	
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		00000000	00000000																		
35533411	11433553																				
C	Montant détaillé des honoraires 250 DH																				
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135	   
Nom & Prénom MOHAMMED RGUIEGU			
Fonction Retraite		Phones 0536.50.13.09	
Mail HAY EL ZANGALOUS Bd. M. EL BAOULALI N° 82. Ouj.			
MEDECIN		Prénom du patient Pamrabti yamina	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 1956	Date 09/11/2022
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Sechresse Dentaire			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C			250 DH
PHARMACIE		Date 29/11/2022	
Montant de la facture		303,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

082005455

Dr. Zaineb LAMARI

Ophtalmologue



Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès
Ancien Médecin au CHU Hassan II - Fès
Diplômée de l'Université de Bordeaux
Diplômée de l'Université de Brest.
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

- Chirurgie de la rétino-vitréenne
 - Chirurgie de la cataracte - Réfractive - Strabisme
 - Ophtalmologie pédiatrique
 - Chirurgie des voies lacrymales - Glaucome
 - Adaptation des lentilles de contact
 - Angiographie - OCT - Laser - Echographie
 - Topographie cornéenne - Cross-linking

Oujda, le : **29 novembre 2022**

Mme LAMRABTI Yamina

1/OPATANOL

75

1 goutte 2 fois par jour ODG 04 MOIS

2/ FLUCON

75

1 gâté 4 fois par jr pendant 03 jours

1 gtt e 3 fois / ir pdt 3 ires

1 gatte 2 fois/ir pdt 3 jrs ODG

3/ LOCAPRED CRÉME

36

1 application / jour SUR LES PAUPIERES 10 JRS ODG

4/ OGUYAI GFI

75

1 gatte 3 fois par jour ODG 03 MOIS

5/FRLUS

75

1CP/JR 01 MOIS

LE CODE INPE
081239394

رقم 32 شارع الحسن الثاني (طريق سيدى يحيى) بين مقهى المنار ومقهى فضاء قبرص - وحدة الطابق السفلي - 32, Boulevard Hassan II (Route Sidi Yahya) entre café Al Manar et Café Fadae Qobros - Oujda

Email : drophtzlamari@gmail.com - Tél : 05 36 53 82 14 -  : 06 32 26 81 54



081239394



f Cabinet d'Ophtamologie Oujda Dr. LAMARI COOZL

