

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 :

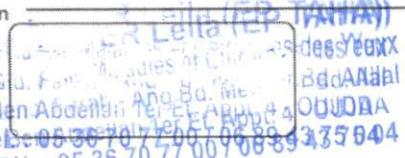
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1529	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUKRI EL HOUSSINE			
Date de naissance : 1950 à OUJDA			
Adresse : Rte Maghnia, 32 Rue EL KAFOR LOT MOKRI 'OUJDA			
Tél. :	0661263090	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	 Dr. Ben Ahmed Jamila R. Allal Ben Abdellah - 6ème étage - Casablanca Tél. : 05 36 70 77 00 90 88 93 35 044 Tél. : 05 36 70 77 00 90 88 93 35 044		
Cachet du médecin :	 Ben Ahmed JAMILA		
Date de consultation :	Age : 63 ans		
Nom et prénom du malade :	Ben Ahmed JAMILA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Hypertension		
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 : 01/04/2023

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
30/03/23	1	cr	250.00 f	INP : 081122780 Dr SAWIR Leila (EP) Centre Maladies et Chirurgie Centre d'Anesth. Anapl. Med. Centre d'Anesth. Anapl. Et. Appl. 4 Date : 07/04/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TENNIS Dr CHAKI Zin Addine Rte Maghnipa B3 - N°19 0536 69 06 02 - OUJDA NPE: 082055962	30/03/23	15000

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	E

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Leïla SAHER Epouse TAHA
OPHTHALMOLOGISTE

C.E.S d'Ophtalmologie de l'Université de Montpellier
Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Médecin Experte Assermentée Auprès des Tribunaux



الدكتورة ليلى صابر حرم طه

طبيبة العيون

شهادة التخصص من جامعة مونبولي بفرنسا
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
تقويم الحول
تصوير الأوعية الشبكية - الليزر
عضو الشركة الفرنسية لأمراض العيون
خبيرة محلفة لدى المحاكم

Oujda, Le: 30 mars 2023، وجدة، فـ.

Mme BENAHMED Jamila

2025-03
304451
150 DH
PPC:

1/ HYLOPARIN COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux



T: 15000

DR CHAKI ZIN EDDINE
PHARMACEUTIQUE
TENNIS
RTE M'DAGHIBA 63 - N°19
TÉL: 0526 69 06 02 OUDJA
INP: 082055963

Dr. SAHER Leïla (EP TAHA)
Spécialiste Maladies et Chirurgies des Yeux
Resid. Farah - Angle Bd. Med V et Bd. Allal
Ben Abdellah 1^{er} Et. Appart 4 - OUDJA
Tel: 05 36 70 70 07 / 06 89 43 75 04

GSM: 06 89 43 75 04

إقامة الفرج - زاوية شارع محمد الخامس وشارع علال بن عبد الله - الطابق الأول رقم 22/23 (أمام مقهى رحاب) - وجدة
Résidence FARAH, Angle Bd. Mohammed V et Bd. Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage Appt. 22/23 (Face Café RIHAB) - OUJDA
الهاتف: 05 36 70 77 00