

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.

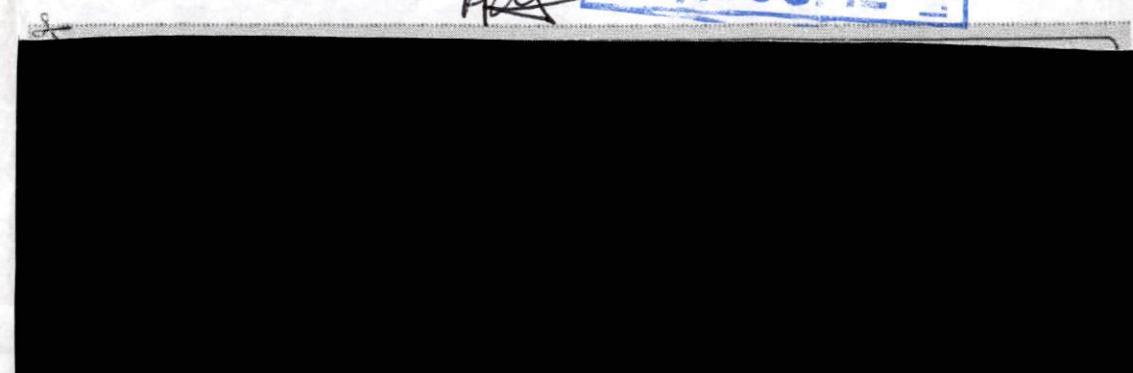
Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Océan

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3550</u>	Société : <u>191235</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	
Nom & Prénom : <u>ABDELMOUHIMI Rachida</u>			
Date de naissance : <u>06/03/1956</u>			
Adresse <u>N° 3 Rue Chourouk Hay Almorastakhal oujda</u>			
Tél. : <u>0666788634</u> Total des frais engagés : <u>354,80</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
INPO 081239354			
Date de consultation : <u>12/10/2017</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Abdelmouhimi Rachida</u> Age: _____			
Lien de parenté : <u>Dr Zaineb</u> <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Ophtalmologue</u> <u>Dr Zaineb</u> <u>APMARI</u> <u>Océan</u>			
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 : <u>Océan</u> M. le <u>10/10/2017</u>			
Signature de l'adhérent(e) :			
<u>Océan</u> ACCUEIL			



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
12/01/2024	CS		250DH	INP : 0882393814 Dr. Zaineb Lamrani RH Hassan Ophtalmologist

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Redouane JEL Ahmed Medhati n°18, Hay Nador 36 54 10 10 - Oujda 20274931	10/11/2014	16480

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

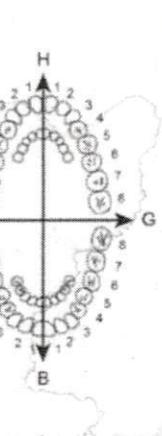
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de ce soin.

Important :

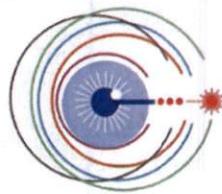
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
 O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $	
(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



Lauréate de la faculté de Médecine de Fès

Diplômée de L'Université de Paris

Diplômée de l'Université de Bordeaux

Diplômée de l'Université de Brest

Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie du glaucome - Chirurgie de la cataracte

Chirurgie vitreo-retinienne

Bilan et traitement de la sécheresse oculaire - Laser

Ophtalmologie pédiatrique - Angiographie à la fluorescéine

OCT - Champ visuel - Injection intra-vitréenne

12 janvier 2024

Mme ABDELMOUNI Rachida

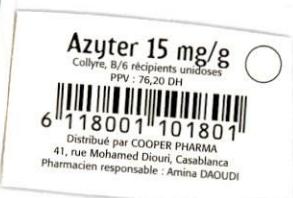
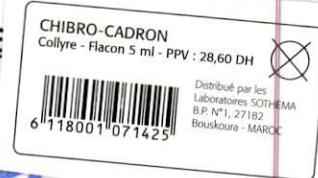
1/ OCUSFRUM POUR LAVAGE OCULAIRE

2/ AZYTER

JGJ 1 goutte 2 fois par jour 05 jours OD

3/ CHIBRO-CADRON COLLYRE

28.6 | 1 goutte 4 fois par jour OD 15 JRS



Le Code INPE



081239394

05 36 53 82 14



droptzlamari@gmail.com



f Cabinet d'Ophtalmologie Oujda Dr.LAMABI COOZI

32.Boulevard Hassan II (Route Sidi Yahya) entre café AL Manar et Café Fadae Qobros - Oujda

رقم 32. شارع الحسن الثاني (طريق سيدى يحيى) بين مقهى المنار ومقهى قبرص - وجدة الطابق السفلي