

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-851035

203557

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1334 Société : RETRAITE RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUHAMI MOHAMMED
Date de naissance : 17-11-1949
Adresse : 29 BD. MOHAMED V HEY EL QODS
OUJDA
Tél. : 0611778763 Total des frais engagés : 5000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 24 AVRIL 2024
Nom et prénom du malade : TOUHAMI MOHAMMED Age : 75
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 : OUJDA Le 24/04/2024
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de

RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

24 Avril 2024		05	3000 HT	
---------------	--	----	---------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

	24/06/24					4700 HT
--	----------	--	--	--	--	---------

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

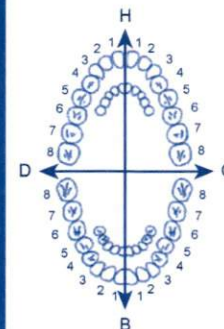
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires
----------------	------------------	-------------	------------------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

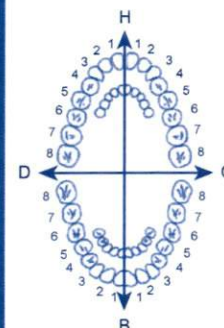
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D			B
00000000	00000000	00000000	11433553
35533411			

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ESPACE ORTHOPTICAL

Sana LAHBIL
Opticienne - Orthoptiste

Bd. Zertouni - Imm. Saâda N°3 Bloc B

Tél : 05 36 68 32 44 - Oujda

Patente N°: 10107360 - R.C : 58310

IF : 10106345 - INPE : 085015725

I.C.E : 000 418787 0000 41

Equipement destiné à

TOUHAMI

Mohammed

Tél. dom.

Tél. Bur

Docteur Ayant établi l'Ordonnance

Date de l'Ordonnance

24/04/24

FACTURE N° N° 002389

Du (Date)

Libellé	Tips	Prix de Vente
monture		2200
verres	progressifs	2500DH
	ad. Pl -	
	ad'd + 3,25	
	ESPACE ORTHOPTICAL Opticien Optométriste Imm. Essaad N°3 Rd. Zerktouni - Oujda	
Total		4700 DH

Total de la vente

4700 DH

ESPACE ORTHOPTICAL

Dr. Nasreddine Haouat

Ophthalmologiste

Diplômé de la Faculté de NICE FRANCE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex-Médecin Chef des Services d'Ophtalmologie
des Hôpitaux Militaires des F.A.R
(Meknes - Marrakech)



الدكتور نصر الدين حوات

خريج كلية نيس بفرنسا

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب رئيسي بقسم العيون بمستشفيات

القوات المسلحة الملكية

(مكناس - مراكش)

Oujda, le

24-04-2024

M

Dr. Nasreddine Haouat

◆ LASER ARGON

◆ LASER YAG

◆ ANGIOGRAPHIE
FLUORESCENCE

◆ ECHOGRAPHIE
BIOMETRIE SONDE
10 MGHZ et 20 MGHZ

◆ CHAMPS VISUEL

◆ TOPOGRAPHIE
CORNEENNES ET
SIMULATION
A LA FLUORESCENCE

◆ INFOGRAPHIE

◆ VIDEO
OPHTHALMOSCOPIE
SUR CD-ROM

Dr. Nasreddine Haouat

Dr. Nasreddine Haouat

Dr. Nasreddine Haouat

Dr. Nasreddine Haouat

ESPACE ORTHOPTICAL
Opticien-Optométriste
Imm. Essaada N°3
Rd. Zerkouni - OUJDA

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE ANNOUR
Dr. Nasreddine HAOUAT
MALADIE EX. CHIRURGIE DES YEUX
Tél. 05 36 71 28 71 / 05 36 70 31 96
Oujda

شارع الدرفوفي - عمارة حمري - الطابق الثاني - الهاتف : 05 36 71 28 71 / 05 36 70 31 96 - وجدة

Bd. Derfoufi - Imm. HIMRI - 2^{ème} Etage - Tél. : 05 36 70 31 96 / 05 36 71 28 71 - OUJDA

I.C.E : 001713661000056



061073777