

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 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 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.

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

N° P19- 059387

ND: 35155

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Med. RE Gueg

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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 :

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-059387

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

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	Coefficient des										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														



W18-141911

DATE DE DEPOT

20/07/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135
Nom & Prénom <u>Mohammed / RGUIEGU</u>		
Fonction : <u>Retraite</u> Phones <u>0536501309</u>		
Mail <u>HAY-EL-ANAGLOUS-BE M. ABOUHALLI 082005455</u>		
MEDECIN		Prénom du patient <u>RGUIEGU MOHAMMED</u>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age <u>1950</u> Date <u>08 JUIN 2020</u>
Nature de la maladie <u>En traitement OR + Amétropie</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
		Montant détaillé des honoraires
		<u>250,00</u>
PHARMACIE		Date <u>18/06/2020</u>
Montant de la facture		<u>1010,58 DH</u>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DR. MOHAMMED CHENNOUFI
Opticien Optométriste
Imm. Al Mouhachine Angad Ed. Driss
Al Akbar Al Razzi, 2ème étage N°2
61004 - TSP - 05 36 68 61 96

CHENNOUFI
Opticien Optométriste
ZAHRA CHENNOUFI
Bd Allal El Fassi Kasanari Angad
61004 Oujda - Fix 05 36 68 61 96

Pharmacie AL HIDAYA
Mme Naïma BEN ALI
Diplômée en Pharmacie
1, Rue Senabil - Hay Agdalous
Tel : 05 36 50 60 55 - Oujda
INPE : 082005455

Docteur Mohamed QCHIQACHE

OPHTALMOLOGISTE

- Chirurgie & Maladies Des Yeux

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

- Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie

à l'Hôpital Al Farabi - OUJDA

- Chirurgie Oculaire et orbito-palpébrale

Angiographie - Laser

sur rendez-vous



الدكتور محمد أقشيقش

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بجهاز الفاكو

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى

الفارابي سابقا وجدة

أمراض العيون

جراحة العين والجفن والمسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - ليزر

بالموعد

Oujda, le: 08.juin.2020.....: وجدة في

Mr. RGUEGU Mohammed

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

PHOTOCHROMIQUES

VL :

OD = + 1.50 (- 0.50 à 70°)

OG = + 2.00

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 3.00

2/ DICLOCED COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux

3/ DICYNONE 250 MG 20 CPS

1 cp 2 fois / jour

4/ boisson abondante

إقامة المرابطين، الطابق الثالث رقم: 2 ملتقى شارع إدريس الأكبر وزينة الرازي (قرب مستشفى الفارابي - قبالة قسم الولادة) - وجدة

الهاتف / الفاكس: 05.36.68.33.30

Imm.Al Mourabidine - Angle Bd Driss Al Akbar et Razi - 3^{ème} étage - n°: 2 (à côté de l'Hôpital Al Farabi - en Face de la maternité)

Tél/Fax: 05.36.68.33.30 -

- OUJDA



INP N° : 081117442

DICYNONE 250 MG B20
AMM N°: 59 DMP/21/NTT



36,70

DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Dicloced 1 mg/ml

ديكلوسيد 1 مغ/مل

Lot / Fab / EXP

حصنة/تاريخ الإنتاج/إنهاء الصلاحية

4L87

09 2019

09 2021

FACTURE:001130/2020

OUJDA :18/06/2020

CLIENT rguiegu mohammed

DESIGNATION	QTE	P, UNITAIRE	P, TOTAL
VERRES OPTIQUE	2	300	600,00
PROGRESSIF ANTI-REFLET			-
OD:(-0,50 A 70)+1,50			-
OG:+2,00			-
ADD:+3,00			-
MONTURE OPTIQUE	1	240	240,00
			-
		HT	840,00
		TVA 20%	168,00
		TTC	1 008,00
		DROIT DE TIMBRE	2,52
		NET A PAYER	1 010,52

Arrêtée la présente facture à la somme de :

mille dix derhams et 52 cts

MODE DE PAIEMENT : ESPECE

CHENNOUFI OPTIC

Opticien Optométriste

F.ZAHRA CHENNOUFIBd Allal El Fassi Kissariat Angad
N°41 Oujda - Fix : 05 36 68 67 96