

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.

Biologie 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.

Maladie :

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

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- 057322

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : SATOU KHATA

Date de naissance : 1856

Adresse : 50 LOT KHALFAOUI OUIDA

Tél. : 06 67 12 82 82 Total des frais engagés : 1.600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr MOUMNI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Mohamed V, Imm. Attijariwalabank
Tél. : 05 36 68 41 60 - OUIDA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2020

Nom et prénom du malade : KHATA Age : 61

Lien de parenté : ☒ lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 3 NOV 2020

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 : 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-057322 NOV. 2020

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 : 1856

Nom de l'adhérent(e) : SATOU KHATA


Total des frais engagés : 1.600,00

Date de dépôt :

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
23/11/2020	S		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/2020	1600 DA

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

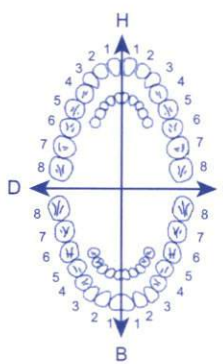
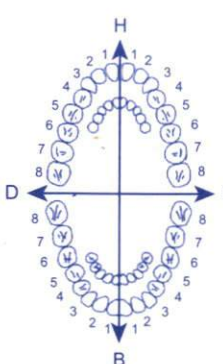
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Chakib MOUMNI
OPHTALMOLOGISTE

DIPLÔME D'ETUDES SPECIALES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANTES
MALADIES & CHIRURGIE DES YEUX
LASER - ANGIOGRAPHIE

بالموعد
SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور شكيب مومني
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بنانت
أشعة الليزر

Oujda Lelundi 23 novembre 2020

Mme SLAOUI KHNATA

LUNETTES : verres progressifs + monture.

ŒIL DROIT : +0,50 de prés Add : +2,50

ŒIL GAUCHE : +0,50 de prés Add : +2,50

Dr MOUMNI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Mohamed V, Imm. Attijariwafabank
Tél : 05 36 68 41 60 - OUJDA

OPTIQUE
MOUMNI Chakib
Opticien - Optométriste
Zerkoutni - Oujda

زاوية شارع الزرقطوني وشارع محمد الخامس عمارة التجاري وفا بنك - وجدة
Angle Bd. Zerkoutni & Bd. Med V (Ible Attijari Wafa Bank) 2è Etage Apt. 4 - OUJDA
Tél. : 05 36 68 41 60 Fax : 05 36 68 59 48

MOUMNI Mounaïm

OPTICIEN

OPTOMETRISTE

Diplômé de l'IORT à BRUXELLES

16, Boulevard Zerkouni

Tél. : 05 36 68 86 12 - OUJDA

Autorisation Ministérielle

N° 2238 du 24 Février 1987

Patente n° : 10100013 - R.C. : 22272

CNSS n° affiliation : 1304485 12.96

I.F. : 10100120 - INPE : 085002707

ICE : 001830033000036

OPTOPTIQUE



FACTURE / 2020

B

N° 000191

Oujda, le 23/11/2020

مومني منعم

نظاراتي

أوبتومتريست

خريج من مركز العلوم البصرية ببروكسيل

16، شارع الزرقطوني

الهاتف : 05 36 68 86 12 - وجدة

رخصة وزارية

رقم 2238 - بتاريخ 24-2-87

M. SLAONI KHARATA Doit

Nomenclature	DESIGNATION	P.U.	MONTANT
	2 ver progressifs	500,00	1000,00
	1 Monture	600,00	600,00
	TOTAL		1600,00

Arrêté à la somme de mille six cent et trois

Timbre fiscal

Signature

