

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 022 99 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAHI NE

Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 / 03 / 2023

Nom et prénom du malade : CHAHI NE AHMED

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : tumeur cérébrale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

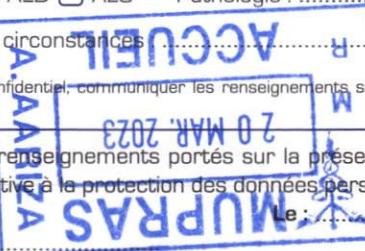
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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
13/03/2023			15.300 DH.	الدكتور عمور رشيد اختصاصي طب وجراحة المخ والأعصاب Dr. AMMOR RACHID Spécialiste en Neurochirurgie Centre Résidence Mountassser Billah Tanger INPES 13122639

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. M. HAMZA Lot Hamza N° 3 Hay El Ksar E. Kebir Tel: 0539 90 55 82	13-3-23	Dr. M. HAMZA Lot Hamza N° 3 Hay El Ksar E. Kebir Tel: 0539 90 55 82 Montant : 33.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

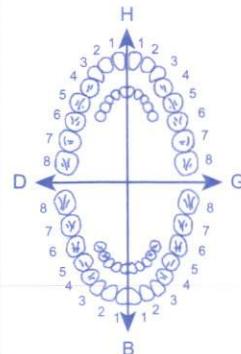
Important :

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[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

د. عمور رشيد

Dr. Ammor Rachid

Neurochirurgien(Adultes et Enfants)

- Ex Médecin Officier Supérieur des Hôpitaux Militaires
- Ex Médecin à l'Hôpital Bicêtre de PARIS
- Membre de la Société Française de Neurochirurgie
- Lauréat des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris V
- Diplôme Universitaire d'EEG
- Microchirurgie, Stéréotaxie, Endoscopie

INPE : 131226391



اختصاصي امراض و جراحة الرأس-الدماغ-الأعصاب
العمود الفقري-النخاع الشوكي للكبار و الصغار
طبيب ضابط سامي سابق بالمستشفيات العسكرية
طبيب سابق بمستشفيات باريس
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة الأعصاب
خريج كلية طب باليزياد و باريس
دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ(الشبكية)
جراحة دقيقة جراحة بالمنضار، جراحة التوضع التجميلي.

Tanger Le : 13/03/2023 .

Rachid bin Ahmed .

133.70 Synaux 25 mg.

1 ; soit 15/ .

Dr. AMOR RACHID
Dr. MALAKANE Taouejik
Lot. Hamza N° 3 Hay Dar Doukhan
Ksar El Ghil
Tel: 0535 30 55 32

الدكتور عمور رشيد
اختصاصي طب وجراحة الدماغ والاعصاب
Dr. AMMOR RACHID
Spécialiste en Neurochirurgie
Place Iberia Résidence Mountasser Billah
Entresol N° 14 - Tanger - INPE : 131226391