

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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° W21-797265

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01948

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JBARA Driss

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 25 Rue Mohamed Charni
Oujda

Tél. : 0664557044

Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. DEER SHAMARKHA Mohammad
Spécialiste
en Chirurgie Vasculaire
Bd Hassan II, Résidence Badr 2^{ème} étage
Tél. : 05 38 15 83 32 - OUJDA

INPE: 021313812

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2023

Nom et prénom du malade : Age: 76

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ischémie critique ds 2 MI

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 : 04 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-797265

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 : 01948

Nom de l'adhérent(e) : JBARA Driss

Total des frais engagés : 600

Date de dépôt : 04/07/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
04/07/23	CS+pst	600 DH	INF : 1	Dr. DEER SHAMARNAH Mohammad Spécialiste en Chirurgie Vasculaire Bd. Hassan II, Résidence Badr 2 ^{me} étage 15 29 15 83 32 - OUJDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			H																			
			25533412	21433552																		
			00000000	00000000																		
			D																			
			00000000	00000000																		
35533411			11433553																			
G																						
B																						
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession																						

CABINET DE CHIRURGIE VASCULAIRE

Dr. DEER SHAMARKHA Mohammad

Spécialiste en chirurgie vasculaire

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda

Diplôme de formation médicale spécialisée
de la Faculté de Strasbourg - France

Ancien Médecin au centre hospitalier universitaire Mohammed VI - Oujda

- Chirurgie vasculaire et endovasculaire

Traitements des varices - Pied diabétique - Fistule artéio veineuse de dialyse

Traitements et suivi des pathologies athéromateuses



الدكتور محمد دير شمارخة

أخصائي جراحة الشريان والأوردة

خريج كلية الطب والصيدلة بوجدة

حاصل على دبلوم في الدراسات الطبية المتخصصة

من جامعة ستراسبورغ - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفي الجامعي محمد السادس - وجدة

علاج وجراحة وقسطرة الأوعية الدموية

علاج الدولي بالجراحة والحقن

القدم السكري - الوصلة الشريانية الوريدية (الساعة)

متابعة وعلاج منصبي تصلب وانسداد الشريان

Oujda, le ٥/٠٧/٢٠٢٣ وحدة، في

Facture

Je soussigné Dr. Deer shamarkha Mohammad,
certifié avoir reçu du (de la)

Nommé (e) : DRiss J. BARA

La somme de : + 600 DHS DHS

Pour consultation et écho doppler.

Dr. DEER SHAMARKHA Mohammad

Spécialiste

en Chirurgie Vasculaire

Bd. Hassan II, Résidence Badr 2^{ème} étage

Tél.: 05 38 15 83 32 - OUJDA

شارع الحسن الثاني، إقامة بدر (قبالة ولاية الأمن الجديدة) الطابق الثاني - وجدة

Bd. Hassan II, Résidence Badr (face à la nouvelle préfecture de police) 2^{ème} étage - OUJDA

Tél.: 05 38 15 83 32 - E-mail : mohammad.shamarkha@gmail.com