

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-797265

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01948 Société : R A M Y
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IBARA Dina
 Date de naissance : 01/01/1947
 Adresse : 05 Rue Mohamed Gharnit Oujda + 600
 Tél. : 0664557044 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. DEER SUAMARKHA Mohammad
 Spécialiste en Chirurgie Vasculaire
 Bd Hassan II, Résidence Badr 2ème étage
 Tél.: 05 38 15 83 32 - OUJDA
 INPE: 021313812
 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 des 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) : IBARA Dina
 Total des frais engagés : 600
 Date de dépôt : 04/07/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
04/07/23	CS + pst		600 D.H	INF : Dr. DEER SHAMARKHA Mohammad Spécialiste en Chirurgie Vasculaire Bd. Hassan II, Résidence Badr 2 ^{ème} étage 30 15 83 32 - OUJDA

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

[illegible][illegible][illegible]

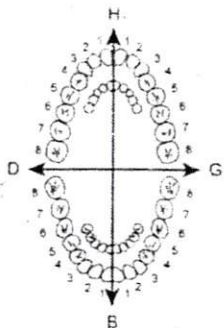
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

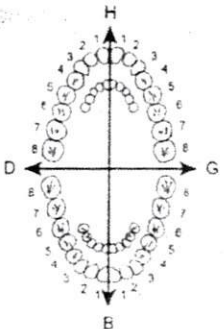
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Traitement des varices - Pied diabétique - Fistule artério veineuse de dialyse

Traitement et suivi des pathologies athéromateuses



الدكتور محمد دير شمارختة

أخصائي جراحة الشرايين والأوردة

خريج كلية الطب والصيدلة بوجدة

حاصل على دبلوم في الدراسات الطبية المتخصصة

من جامعة ستراسبورغ - فرنسا

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس - وجدة

علاج وجراحة وقسطرة الأوعية الدموية

علاج الدوالي بالجراحة والمحقن

القدم السكري - الوصلة الشريانية الوريدية (الساعة)

متابعة وعلاج مرضى تصلب وانسداد الشرايين

وجدة، في 06/07/2023

Facture

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

Nommé (e) : DRISS J. BARA

La somme de : + 6000 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