

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

- 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.

M22- 0025828

Optique *177477* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *4672* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *OUASSINI abdelali*

Date de naissance : *01/01/1948*

Adresse : *28, Hay El Majd 17 Bni drar*

Par : *Oujda*

Tél. : *06 96 64 7873* Total des frais engagés : *497,30* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *14/10/03*

Nom et prénom du malade : *Jalloum* Age : *55 ans*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *maladie de l'os*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *arthrose*

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 : *Bni drar par Oujda* Le : *14/10/2003*

Signature de l'adhérent(e) : *Saleh*

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
16/09 2023	c2		250 DH Dr.	Mme M. Dr. Neurochirurgien Rue Ibn Rochd 10m. Tresor Appt.2 Tel : 05 36 68 82 70 ouida

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIEAE Bd. Hassan II - Beni Ouarar Centre TEL: 05 36 65 04 22	16/09/2023	26.930 DH

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

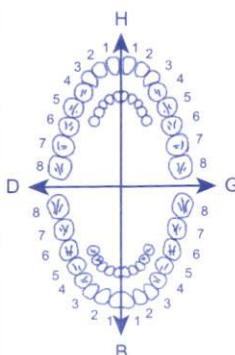
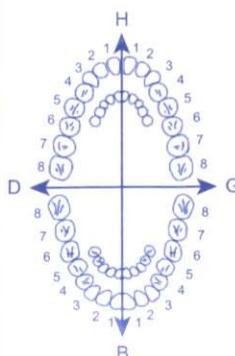
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
[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												

DR MAÂKOUL LARBI

Neurochirurgien

Maladies et chirurgie
du système nerveux
et de la colonne vertébrale

الدكتور م葵ول العربي

اختصاصي

في أمراض
وجراحة الدماغ والأعصاب
والعمود الفقري

Oujda le :

14/07/2023

Bd. Hassan II - Beni Hajar Center
TEL: 05 36 65 04 23
ACHIFAE

LOT 220657
EXP 11/2024
PPV 74.10 DH

Rue Ibn Rochd, Immeuble Trésor, Appartement N°2 - Oujda

Tél/Fax: 05 36 68 82 80 - ICE : 001666478000096

Dr. MAÂKOUL
Neurochirurgien
Rue Ibn Rochd Imm. Trésor Apt. 2
Tél: 05 36 68 82 80 Oujda

PPV 50.60 DH
LOT L0313 PEP 03/26

PER: 05/25
LOT: M1619

100,40

16,



جمادى نموص
 2020 دجنبر 40 SV
 18th P, 14
 400 دج SV
 RREX, n^o 16
 2020 دجنبر 40 SV
 2020 دجنبر 40 SV
 2020 دجنبر 40 SV
 2020 دجنبر 40 SV
 2020 دجنبر 40 SV