

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 0002142116 Société : JOAOOG

Actif Pensionné(e) Autre : KABAL CHIPOU NAJAT

Nom & Prénom : KABAL CHIPOU NAJAT
Date de naissance : 20-02-1968

Adresse : BANCS B5 RADILA Rue 10
Tél. : 0659434573 Total des frais engagés : 100000. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 08/01/2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Conjonctivite

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-841689

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
08/11/2011		ex	300	<i>[Handwritten signature and stamp over the row]</i>
10/11/2011				
12/11/2011				

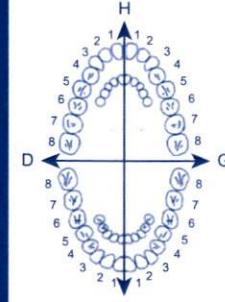
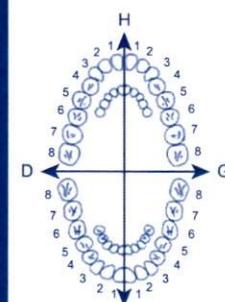
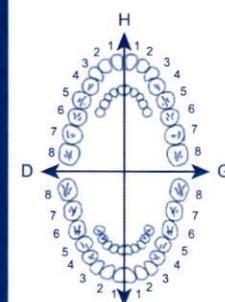
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAI ED DINE Le Echabid Benlahcen n° 56 Hay El Arabe 10000 T 0539311827	08.11.2011	TL: 124.80

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	
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		<input type="text"/>
D	00000000	00000000			<input type="text"/>
G	00000000	00000000			<input type="text"/>
B	35533411	11433553			<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	DATE DU DEVIS			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>				

Dr. Abdelilah KHAYATI
 Spécialiste des Maladies et Chirurgies des Yeux
 Ophtalmo - Diabologie
 lées Lacrymales - Lentilles de contact
 EX-Médecin Commandant Ophthalmologiste
 à l'hôpital Militaire de Rabat
 Ex-Médecin interne à l'H.I.C Villeneuve st Georges à Paris
 INP: 161166033



الدكتور عبد الله الخطاطي
 اختصاصي في أمراض وجراحة العين
 مرض التكبير العين

أمراض محى الدم - تركيب العدسات

طبيب إختصاصي خارج طبيب بالمستشفي العسكري محمد الخامس بالرباط سابقا
 طبيب داخلي ب المستشفى طب العيون بيليكوف ميل جوزيف باريس سابقا

Tanger, Le :

طنجة في

08/01/2024

Dr. Abdelilah KHAYATI
 Dr. Ophthalmologiste
 46 Bd. OMAR Ibn El Khattab
 Imm. Najib Appt. 6^e TANGER
 Tel: 05 39 94 10 34 - 06 65 30 84 15
 INP: 161166033

84.80

- ophtalm colly 1 ml SV

Netto 1 ml

- Echalex colly.

ml less — 10 ml

20.00 x 2

Correct colly

SV

Dr. Abdelilah KHAYATI
 Ophtalmologiste
 46, Bd. OMAR Ibn El Khattab
 Imm. Najib Appt. 6^e TANGER
 Tel: 05 39 94 10 34 - 06 65 30 84 15
 INP: 161166033

SV

Pharmacie TAI EL HAD

Rue Echahid Beni-Jelloun n° 11

Hay Braret TANGER

05 39 31 18 27

46, شارع عمر بن الخطاب، بحارة غريب، شقة 6 طنجة

الهاتف الناكس: 05 39 94 10 34

E-mail: akhayati5@hotmail.com

46, Bd. OMAR Ibn Elkhatab, Immeuble Najib Appt.6 - Tanger
 Tel./Fax: 05 39 94 10 34

E-mail : akhayati5@hotmail.com

PL: 124.80



$\alpha^2 \text{ ced}$