

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

tions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0037206

57420
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2518

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MEZZOURI MOHAMMED SEGHIR

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : 11, Rue GAFATI OUJDA 60000

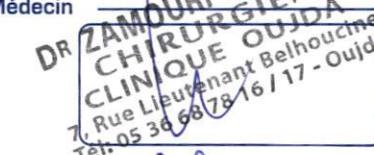
Tél. 0661604692

Total des frais engagés

400,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/2021

Nom et prénom du malade : lechelab Nagat Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleurs Abdominales

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) :

10 JAN 2021

VOLET ADHÉRENT

ACCUEIL
Déclaration de maladie Nº P19-037206

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	Cadhet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/01/2017	CS pharmacie	1	400,00	Dr ZAMOUR Mahmoud CHIRURGIEN INIQUE OUJDA Téléphone: 0661617-Oujda Date: 08/02/2017 N°: 031005580

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

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

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.

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

VIVA ET SACHEZ BIEN PRATICIEN ATTENTIF LE REVIS

VISA ET CARTE DE CRÉDIT D'AFFECTION L'EXÉCUTIF

Oujda, le : ٢٥ / ١١ / ٢٠٢٠، وجدة، المغرب

Mme Rachidat Rajat

10/ Péridys siepp
1 cas x 375 €/m² au tarif zpas

2° / Neofortan 160 effew

30/ Tributary packets
15. x 3h.

n°) Calcaire
2 feulles de

DR ZAMOURI Mahmoud
CHIRURGIEN
CLINIQUE KOUJDA
7, Rue Lieutenant Benjelloun
Tél: 05 36 68 80 67 - 05 36 68 80 68
KOUJDA
VENICE

Facture N° : F31411/2020

26/11/2020



Nom et prénom :	Madame LECHEHAB Najat	
Date Consult. :	20/11/2020	
Actes :	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation - Pharmacie 	
Désignation		Total
- Consultation Spécialiste		200.00
- Pharmacie		200.00
	Total	400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents Dirhams

CLINIQUE OUJDA
INPE: 080061344
7, rue Lieutenant Belhoccine.
Tél.: 05 36 68 78 17 - OUJDA

PAYEE
En espèce

Détail Pharmacie

Nom et prénom du patient : LECHEHAB Najat

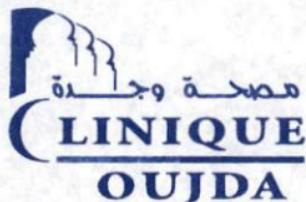


22298695203

Désignation	Prix Unitaire	Quantité	Montant
ANDOL 1G PERfusion	18,80	1,00	18,80
CHL DE SODUIM 0.9% 500ML (SALÉ) POCHE SOTHEM	20,60	2,00	41,20
GANT JETABLE	6,00	1,00	6,00
INTRANULE 24G (JAUNE)	6,12	1,00	6,12
MORPHINE	5,00	1,00	5,00
Nicardipine Inj 10mg	15,38	1,00	15,38
Oedes Inj	95,00	1,00	95,00
SPASFON INJ	5,50	1,00	5,50
TUBULURE	7,00	1,00	7,00
Total :			200,00

CLINIQUE OUJDA
INPE: 08005 1344
7, rue Lieutenant Benhouchine.
TEL.: 05 36 88 78 17 - OUJDA

CLINIQUE OUJDA



مَكْلِفَةُ وجْدَةِ

7, Rue Lieutenant Belhoccine. OUJDA - MAROC Tél.: 05 36 68 78 17 - Fax: 05 36 68 78 20

E-mail: cliniqueoujda13@yahoo.fr

Reçu **Nº 004108** **توصيل**

Oujda, le 20-11-2020

Lechehab Najat

Nom du Malade :

Montant Total : 400,00

Montant Versé : 400,00

Reste à Verser : -

Cachet et Signature

CLINIQUE OUJDA
URGENCE