

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.

MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W21-612940

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

69 694

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

J BARA

Driss

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

05, Rue Mohamed Charnit
Oujda

Tél. : 0664557044

Total des frais engagés : 732,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2021
Nom et prénom du malade : J BARA DRISS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Septalite Rhume-Catarrheuxie-Covid-SARS

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 : 17/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

8

VOLET ADHÉRENT

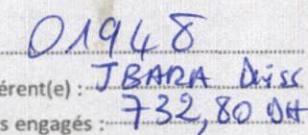
Déclaration de maladie

N° W21-612940

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) : J BARA Driss
Total des frais engagés : 732,80 Dhs
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
17/02/2021	CS	1	200 DH	INP : 98M34770 DR. TEJADO BEKOCAL Pneum. Phtisiologue Allergie. Pulmonaire Médecine du Travail 21, Rue Lakhdar El Ghilani Tél: 68-26-88 - OUJDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JARDINS DE LAZARET Dr. NASSIR KHALIL 0638731383	17/02/2021	382180

INPE : 082104886

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. TEJADO BEKOCAL Pneumo Phtisiologue Allergie. Pulmonaire Médecine du Travail 21, Rue Lakhdar El Ghilani Tél: 68-26-88 - OUJDA	17/02/2021	Zns	150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : []
[Diagramme d'ODF pour les dents supérieures]				Coefficient DES TRAVAUX []
[Diagramme d'ODF pour les dents inférieures]				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				Coefficient DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur TEJADO BERROCAL

PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Allergie Respiratoire

Médecine du travail
Médecin Expert des Tribunaux

21, Rue Lakhdar Ghilane
Tél : 05 36 68 26 88 - Oujda
E-mail : dr.tejado@hotmail.es

الدكتور تيجادو باروكال

أمراض الرئة و الصدر

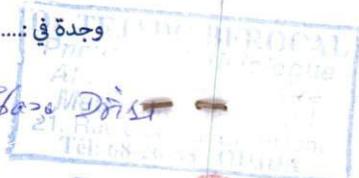
حاشر على شهادة طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

21, طريق لخضر غيلان - وجدة

الهاتف : 05 36 68 26 88

Oujda, le : 17.02.2021



266,00

- figuree sucre blanche 7e

69,00

- ce gazon

47,80

- Ferrox forte 1L

- 1000 ml pour 1L

- Dresden eau de rose 1L

- 1-1- arano rufa

372,80



PHARMACIE LES JARDINS
DE LAZARET
DR. NASSIRI KHALIL
05 36 73 13 93

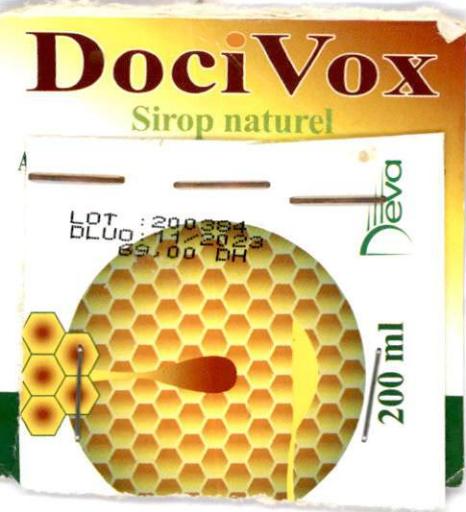
Courante:

Ketotix Antitussif expectorant

Prière de Confirmer par téléphone la visite contrôle 24 heures à l'avance

Aquinex® 400 mg
Boîte de 7 comprimés pelliculés
AMM N° : 392/17 DMP/21/NNP
6 118000 023395

266,90



DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants

6 118000 181064

PPV:
EXP:
Lot N°:

47,90

DOCTEUR TEJADO BERROCAL
PNEUMO-PHTISIOLOGIE
ALLERGIE RESPIRATOIRE

.....
Médecine du travail
 Médecin Expert des tribunaux
.....
21,Rue Lakhdar Ghilane
Tél :05-36-68-26-88-Oujda-
.....

الدكتور تيجادو ببروكال
أمراض الرئة والصدر

حاائز على شهادة طب الشغل
خبير مكلف لدى المحاكم

.....
21 طريق الخضر غيلان وجدة.
الهاتف: 05-36-68-26-88

OUJDA LE, 17.07.2011

FACTURE

NOM : JBIRA

PRENOM : DRISS

CONSULTATION MEDICALE : 800 DH

CLIQUE THORAX : 150 DH

TOTAL : 350 DH

SIGNE DRTEJADO



DOCTEUR TEJADO BERROCAL
PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Allergie Respiratoire

Médecine du travail
Médecin Expert des Tribunaux

21 ,Rue Lakhdar Ghilane
Tél : 05 36 68 26 88 -Oujda
E-mail : dr.tejado@hotmail.es

OUJDA, Le 12-12-2021.

COMPTE RENDU DU CLICHE

NOM DU CONSULTE..... TBRTA DZIEG

CLIQUE THORAX FACE N°..... 4

SILHOUETTE C.V..... silhouette correcte sans anomalie

SINUS DIAPHRAGMATIQUES..... normaux

CAGE THORACIQUE..... normale

REGIONS HILIAIRE..... chopée x-ray

PARENHYME PULMONAIRE..... grande densité pulmonaire



SIGNE DRTEJADO