

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

- 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

N° W21-681174

per courrier

105356

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ABDELMOUMNI Rachida

Date de naissance : 06/03/1956

Adresse : N°3 Rue Cheurouk Hay Almustakbal OUSA

Tél : 0666 788634

Total des frais engagés : 300.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR RHAZI BENYOUNES
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CLINIQUE ACHARK
6 Rue Saâd Zaghloul - Oujda
Tél: 05 36 68 26 63

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Rachida ABDELMOUMNI

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : Crâble Gyneco

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 : OUSA

Le : 02/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Accréditation 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 Médecin attestant la réalité des Actes
1/1/2022		6	6	<div style="text-align: right;">08.11.2014</div> <div style="text-align: center;"> Dr OUJDA GYNÉCOLOGUE - ACCOUCHEUR CLINIQUE ACHAR 6 Rue Saad Zaghioui - OUJDA </div>

[illegible]

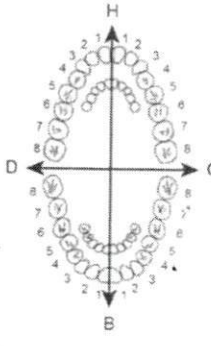
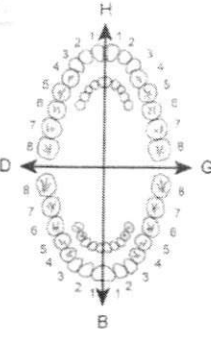
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR RHAZI BENOÛNES GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR CLINIQUE ACHARK 6 Rue Saâd Zaghloul - OUJDA Tél: 05 36 68 26 63		ECHOGRAPHIE PELVIENNE 300 D	RHAZI BENOÛNES GYNÉCOLOGUE - ACCOUCHEUR 36 68 26 63 11/2014

[illegible]

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 : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21432552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533412</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21432552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533412	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21432552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533412	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR BENYOUNÈS RHAZI

GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR

DIPLOME DE PARIS

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

STERILITE - ECHOGRAPHIE

CŒLIO-CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

HYSTEROSCOPIE OPERATOIRE

ASSISTANT DE L'UNIVERSITE DE PARIS V

ANCIEN FF. DE CHEF DE CLINIQUE CHU

COCHIN - PORT ROYAL - PARIS

الدكتور بنيونس الغازي

اختصاصي في أمراض الولادة

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

جراحة النساء

الجراحة بالمنظار

العقم - الفحص بالصدى

مساعد سابق بكلية الطب بباريس

10 JAN. 2022

Oujda, le : وجدة، في :

M: *AGASSI Moumni Reda*

Reçu :

La somme de : =300dh=trois cent dirhams.

Pour une ECHOGRAPHIE PELVIENNE

CLINIQUE ACHARK (Ex. Clinique Montagne)

مصحة الشرق (مصحة مؤنتان سابقا)

6, rue Saâd ZAGHLOUL - OUJDA 6, زقة سعد زغلول - وجدة

Tél. : 05 36 68 56 56 / 05 36 68 26 63 / 05 36 68 03 21 : الهاتف - Fax : 05 36 70 47 48 : الفاكس