

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.

M23-005464

Confirmer

156904

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2135 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mohammed RGUIEGU

Date de naissance : 15-12-1950

Adresse : Hay ELANDALOUZ Rue M^{me} BOUHLALI N^o 82 ou JDA

Tél. : 0536501309

Total des frais engagés :

370,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2023

Nom et prénom du malade : MOHAMMED RGUIEGU Age : 1956

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie

Pathologie : Pré Anesthésique

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 : 09/03/2023

Le : 28/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
10/03/2023	S		300 DH	DR. Adel Bensouda - Anesthésiste Réanimateur - Anesthésiste - 0536682020 Fax: 0536682020 Tél.: 05 36 700 701 Abdelaziz Taalibi - Tél.: 05 36 700 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ANIQUE ISLAM che Abdelaziz Talibi - OUJDA Tél: 05 36 700 720 / 02 Fax: 05 36 700 249 00003230</i>	<i>10/03/23</i>	<i>EC G</i>	<i>5000</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

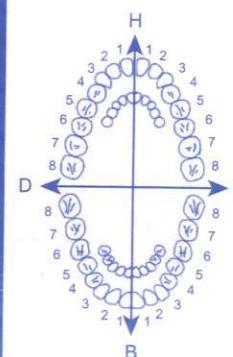
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdelghani BENKHALTI

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie Oculaire et Orbito

Palpétrale, Angiographie - Laser -OCT

Topographie cornéenne

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie

à l'Hôpital Al Farabi - Oujda

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد الفتاح بنخالتى

أختصاصي في أمراض و جراحة العيون

*** جراحة العين و الجفن**

جراحة المسالك الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - لازير

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى

الفارابي سابقًا بوجدة

كبير محلف لدى المحاكم

Oujda, le وجدة، في

21/02/2023

Cher confrère

Je vous adresse M^{me} **LAMRABTI YAMINA** pour
une CAT en OG pour avis pré-anesthésie.

Amicalement.

DR ABDELGHANI BENKHALTI
OPHTALMOLOGISTE
RUE MOHAMED DERFOUFI, IMM.
BELHOUESSINE 1^{er} étage - OUJDA
TÉL : 05 36 68 67 07

CLINIQUE ISLY

MEDICO-CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef
Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49

OUJDA

ICE: 001710110000097



Oujda, le 10/03/2023

FACTURE N° 004599

Nom : LAFRABIT

Prénom: MARINA

Consultation: C + ECG

Montant (en chiffres): 370 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de 370 DH cest
savoir des dix

