

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

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° P19-0032319

ND: 46518

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 46518

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 14 Rue GAFAIT OUJDA 60000

Tél. : 0661601192

Total des frais engagés : 1687,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2020

Nom et prénom du malade : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Problème de genou

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 : 05 NOV 2020

Le : 05 NOV 2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-032319

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 : 46518

Nom de l'adhérent(e) : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR

Total des frais engagés : 1687,80

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/06 | consult | | 250 | Dr Wassim M. EL RABBANI CARDIOLOGIE Bd. Idriss Al 'Kbar, Ann. Almorabitin Tel: 05 36 70 31 54 - OUJDA 08/07 |
| 22 | consult | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 28/08/2020 | 131780 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
|  LABORATOIRE AL-DAR | 28/08/2023 | B.100 | 140,000.00 Dhs. |
|  DR. M. A. Halid | 19/09/2023 | B.400 | 140,000.00 Dhs. |
|  DR. M. A. Halid | 19/09/2023 | B.400 | 140,000.00 Dhs. |
|  DR. M. A. Halid | 19/09/2023 | B.400 | 140,000.00 Dhs. |
| TEL: 05 36 68 | 58 10 | | |

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)

A diagram of the left hemisphere of the human brain. The top edge is labeled 'H' (front), the left edge 'D' (left), the right edge 'G' (right), and the bottom edge 'B' (back). The brain is represented by a series of numbered circles arranged in a grid-like pattern, with additional labels 'P' and 'V' indicating specific regions.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr WASSIM M. EL RABBANI

CARDIOLOGUE

Ancien Médecin à l'Hôpital Al Farabi - Oujda
Ancien attaché au CHU Hassan II - Fes



د. وسم محمود الرباني

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

طبيب سابق بمستشفى الفارابي - وجدة

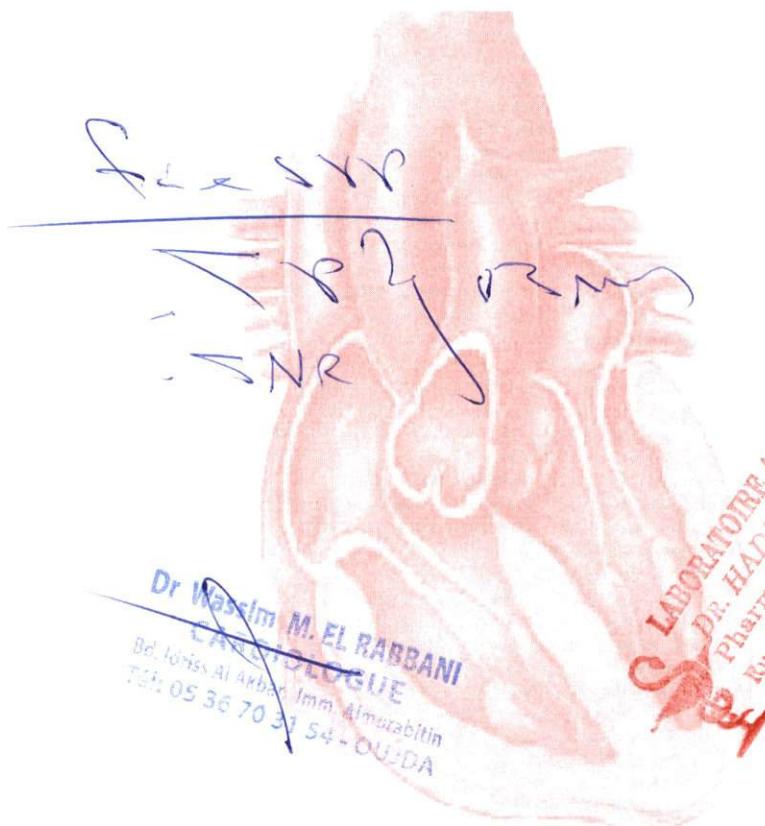
ملحق سابق بالمركز الاستشفائي الحسن الثاني - فاس

ORDONNANCE

Nom : Messamir

Oujda, le : 24-5-2020

Prénom : Mohamed Salim



عمارة المرابطين (مقابل مستشفى الفارابي) زاوية إدريس الأكابر وزنقة الرازي. الطابق الثالث رقم 5 (المصعد) - وجدة
Imm. Al Morabite (en face Hôpital Al Farabi) Angle Bd Idriss Al Akbar et rue Arrazi, 3ème étage N°5 (Ascenseur) - Oujda

Tél. : 05 36 70 31 54 - GSM : 06 72 73 75 50



LABORATOIRE AL FARABI

Khalid HADDAR *Biologiste*

Rue Errazi, N° 3 (en face Hôpital Al Farabi) - 60000 - OUJDA

FACTURE: B 0003384 Oujda, le 28/08/2020

M.: MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR Doit

Arrêtée la présente facture à la somme de : 140.200.00

Tél. : 05 36 68 58 10 - Fax : 05 36 68 76 35 - GSM : 06 62 02 31 81
R.C. : 50408 - I.G.R. : 103 12330 - C.N.S.S. : 2003888 - Patente : 10821425
I.C.E. : 001638877000072 - I.N.P. : 083001875



LABORATOIRE AL FARABI

Khalid HADDAR *Biologiste*

Rue Errazi, N° 3 (en face Hôpital Al Farabi) - 60000 - OUJDA

FACTURE B 0003739

Oujda, le 19/09/2010

M : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR Doit

Arrêtée la présente facture à la somme de : 140,- DP

Tél. : 05 36 68 58 10 - Fax : 05 36 68 76 35 - GSM : 06 62 02 31 81
R.C. : 50408 - I.G.R. : 103 12330 - C.N.S.S. : 2003888 - Patente : 10821425
I.C.E. : 001638877000072 - I.N.P. : 083001875



LABORATOIRE AL FARABI

Khalid HADDAR

Biogiste

Rue Errazi, N° 3 (en face Hôpital Al Farabi) - 60000 - OUJDA

FACTURE, B 0004195

M. : MEZZOURH MOHAMMED SEKHIR 56 Doit

Tél. : 05 36 68 58 10 - Fax : 05 36 68 76 35 - GSM : 06 62 02 31 81

R.C. : 50408 - I.G.R. : 103 12330 - C.N.S.S. : 2003888 - Patente : 10821425

I.C.E. : 001638877000072 - I.N.P. : 083001875