

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

ditions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

logie 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.

ue :

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

cation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ire :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

te 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 |
| ise 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 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- 057320

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856

Société : RAM 1181145

Actif Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : SLAOUI

KHOUJA

Date de naissance : 1956

Adresse : 50 lot KHALFAOUI 00 JDA

Tél. : 067128286

Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed AMARA
Spécialiste O.R.L.
Résidence Zektouni 1er Etage
05 22 68 90 00 - OUJDA

Date de consultation : 23 NOV 2020

Age : 61

Nom et prénom du malade : M. Mohamed KHOUJA

Lien de parenté : Fils Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : PD

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 : 05/11/2020 Le : 05/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-057320

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1856
Nom de l'adhérent(e) : S. KHOUJA

Total des frais engagés : 200,00 Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/11/2020 | CS | | 200,00 | <i>Dr Mohamed AMAR Spécialiste O.R.L. Résidence Zertouni 1er Etage 05 36 08 00 00 - OUJDA</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

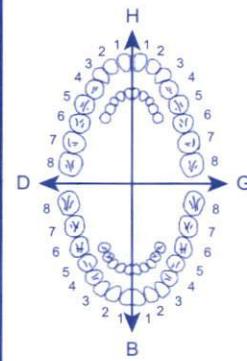
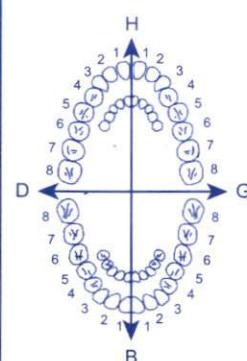
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficent | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|------------|-------------------------|
|  | | | | |
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | |
| G | | | | |
| [Création, remont, adjonction] | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E | | | | |

Docteur Mohamed AMARA

Ancien Attaché à la Clinique ORL du
CHU de TOURS

OTORHINOLARYNGOLOGIE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de
Médecine de Tours

Maladies et Chirurgies :

Oreilles - Nez - Gorge - Cou

SURDITE - Chirurgie Plastique de la Face

MEDECIN EXPERT
auprès des Tribunaux d'Oujda

Consultation sur rendez-vous



الدكتور محمد أعمارة

طبيب اختصاصي

خريج كلية الطب ببور فرنسا

أمراض وجراحة الأنف والاذن والحلق والعنق

جراحة الوجه - أمراض السمع

طبيب خبير ملحف

لدى المحاكم بوجدة

عيادة بالبعيد

Oujda, le 11/11/2023

y Khoury 2mo 2cp el
Adm + 6

y Adlou 18 Adm 1-1+6

Algojne 400 1-8 Dr Amara

1

Dr Mohamed AMARA
Spécialiste O.R.L.
Résidence Zerkouni 1er Etage
Tél. : 05 36 68 60 60 - OUJDA

شارع الزرقطوني، إقامة الزرقطوني، ط 1 (أمام البنك الشعبي) - وجدة - 05 36 68 83 33
Bd. Zerkouni, Résidence Zerkouni, 1^{er} Etage (en face de la Banque Populaire) - OUJDA
Tél. : 05 36 68 60 60 - Fax : 05 36 68 83 33 - E-mail : amara@wanadoo.net.ma