

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.

N° W19-563206

par
courrier

ND = 39166

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

01083

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

OUAKKAS BRAHIM

Date de naissance :

01.06.1946

Adresse :

Rue Chakib ARSALAN Rue Moulay Hassan
de COURSE 300 10 FES

Tél. : 06 66 13 57 53

Total des frais engagés : 489,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

18 AOUT 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

OUAKKAS BRAHIM

Age : 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/08/2020

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18 Août 2020		2	2500\$	INF 141617256 Dr. M. Badre W. Oncophino-10- 25-BT- California

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE IMAM 133 RUE IMP. 135.93.12.64 FES</i>	<i>1/1/20</i>	<i>239,40</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

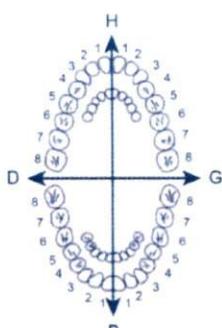
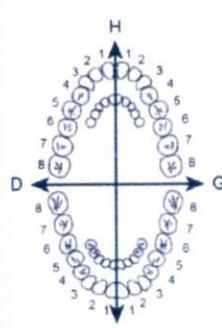
VOLTE AGUERBEAT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitée l'acte pratique 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	INP : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Badre WADGHIRI

ANCIEN MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES
ENSEIGNANTS DU CHU

Médecin Expert Assermenté près les Tribunaux

OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE
SPÉCIALISTE MALADIES ET CHIRURGIE
OREILLES - NEZ - GORGE
CHIRURGIE CERVICO - FACIALE

25 Bis, Rue Brahim Roudani
(Ex. Rue Nador) - FES
Tél.: 05 35 62 36 67 / 05 35 62 36 33

الدكتور بدر الوادغيري

عضو سابق في جمعية أساتذة كلية الطب

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف

والأنف والحلق

أمراض الرأس وجراحة الوجه والعنق

25 مكرر، زنقة ابراهيم الروداني

(زنقة الناظور سابقا) - فاس

الهاتف: 05 35 62 36 67 / 05 35 62 36 33

I.N.P : 141017046

18/08/20

CG

Fès, le فاس, في

OUAKKAS BRAHIM DOS n°: 44/20

30 HUMEX COLLUTOIRE

2 pulvérisations par gorge matin après repas

74,60 ERLUS Boite de 28

1 comp. le soir avant le repas

134,80 NOOTROPYL 800

1 comprimé matin et soir pendant repas

Lot N°

Ut.av.fin

• 72702

06-2022 •

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maârouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 30,00 DHS

239,40 -

P.T. IMA'M'ACIE
23, Rue Imam Maliki
Tél.: 05.35.93.12.64 - FES

D.F.

74,60

DE M.

25
Tél.

◎

PER
LOT
PPV

LOT 200214
EXP 02 2024
PPV 134.80

134,80

