

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-562842

41735

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	01083	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAKKAS BRAHIM			
Date de naissance : 01.06.46			
Adresse : Rue CHAKIB ARSALAN Rue MOUSSA 1000 Fès de COURSE 30010 FES			
Tél. : 0666135753	Total des frais engagés : 855,60 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Docteur AKESBI Thami Cardiologue Fès INP 141004119 05 35 05 90 40 / 06 61 19 50 96		
Date de consultation :	11 SEPT 2020		
Nom et prénom du malade :	OUAKKAS BRAHIM Age: 74 Ans		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA		
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 :
Signature de l'adhérent(e):

Le : 11/09/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
SEPT 2020	CSC	KIS	302,00	INP : 101004119 Docteur AKESBI Thami Cardiologue Fès INP 142004119 05 35 65 90 40/06 61 19 50 96

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Moulay Slimane	11/09/2020	185,20
Pharmacie KETTANI	11/09/2020	370,00
Pharmacie El Aïn Chkeff	11/09/2020	555,60
9, Avenue Saint Louis Rte. Ain chkeff Fès Tel: 05 35 65 76 08		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

Docteur Thami AKESBI

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé des Universités de Paris

Diplômé d'échocardiographie et de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique

Ancien Assistant des hôpitaux de la région parisienne



الدكتور التهامي أقصبى

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج جامعات باريس

محاز في الإيكوغرافيا و في أمراض القلب الخلقية و للطفل

طبيب مساعد سايفي بمستشفيات ضواحي باريس

11/09/2020

MR OUAKKAS BRAHIM

MATIN MIDI SOIR

1. SULIAT 160 MG CP /10

0 0 1 APRES REPAS

TRAITEMENT CONTINU
QSP 3 MOIS
A REVOIR DANS 3 MOIS AVEC BIOLOGIE

555,6-

~~Pharmacie Moulay Slimane
Mouna KATTANI
Pharmaciennes
9, Av. Saint Louis Rte Ain chkeff
Fes Tél: 05 35 65 76 08~~

Docteur AKESBI
- Cardiologue
INP 141004119
09 35 45 60 20

185,20

185,20

185,20

GSM : +212 6 61 19 50 96 المحمول : +212 8 08 50 77 03 E-mail : tham

+ 212 8 08 50 77 03

AV. des FAR - Rue Charif Radi Imm Taj FES - Tel + 212 8 08 50 77 03