

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



Declaration de Maladie

N° W21-770910

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.

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : NHAMOUCHA KAMAL
 Date de naissance : 14-11-51
 Adresse : 48, Avenue Hassan II Fes
 Tél. : 06-60319909 Total des frais engagés : 462,00

MD
A 36993

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

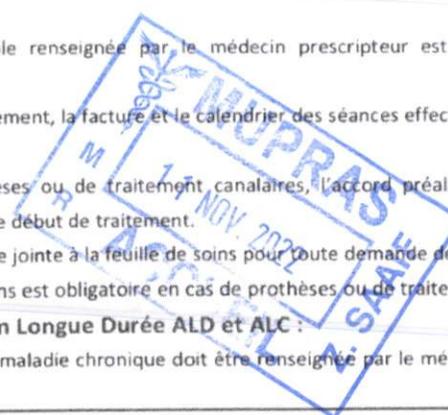


Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Bahri Rania Age : 62
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : sd psm - grippal
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/2012 | ... | ... | 250 DH | INP : 1411165639  Dr. OUAZZANI Hamid SPÉCIALISTE O.R.L. CHIRURGIE CERVICO-MAXILLO-FACIALE 48 Avenue Hassan II - AN - FES Tél / Fax : 0535 654 457 I.N.P. : 141165639 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 26/10/12 | 212,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

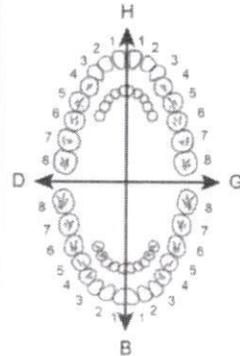
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

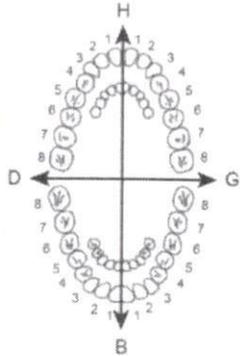
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 2553412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 3553411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr Ouazzani Hamid

Expert Assemblé Près Les Tribunaux

SPECIALISTE O.R.L.

Médecin de la tête de L'Orifice du Nez et de La Gorge

Chirurgie Orale Maxillo-Faciale & Chirurgie du goitre

Chirurgie Esthétique de la face

Endoscopie - Myélie - Vertiges - Allergie Nasale

Adultes & Enfants



mg
cité
ine

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PVP: 150,00 DH
6 118000 191001

Aflamic 15 mg
10 Comprimés
Deva Pharmaceutique

6 118000 410515

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés

6 118000 040972

Fés, Le 28/10/2022

Mlle RANIA BARRI

169,00

Claril 500

S.V

38,00

Aflamic

S.V

11,00
212,00

Doliprane 1000

S.V

Aspirine

S.P

PHARMACIE TADAWI FES S.A.S SARL (AU
DR HASSAN KAREM
Rouar Ouadd Lakhdar Ouled Tayeb Fes
Tél: 0536 36 25
Email: hassan.karem@gmail.com
INPE: 142083500 ICE

Dr. OUAZZANI Hamid
SPECIALISTE O.R.L.
CHIRURGIE CERVICO-MAXILLO-FACIALE
48, Avenue Hassan II F.N.-FES
Tél: Fax: 0536 654 457
I.N. 0536 146563