

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-770910

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **4633** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **NHAMOUCHA KAMAL**

Nom & Prénom : **NHAMOUCHA KAMAL**

Date de naissance : **14-11-51**

Adresse : **48, Avenue Hassan II Fes**

Tél. : **06-60319709** Total des frais engagés : **462,00**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. OUAZZANI Hamid**  
SPÉCIALISTE O.R.L.  
CHIRURGIE CERVICO-MAXILLO-FACIALE  
48, Avenue Hassan II V.N. - FES  
Tél / Fax : 0535 654 457  
I.N.P. : 141165638

Date de consultation : **14-11-2022**

Nom et prénom du malade : **Bahri Rania** Age : **62**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **sd fente - trippal**

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 : **Fes** Le : **14-11-2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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
26/02/09	2		250 DH	INP : 141165639
				Dr. OUAZZANI Hamid SPÉCIALISTE O.R.L. CHIRURGIE CERVICO-MAXILLO-FACIALE 48 Avenue Hassan II - FES Tél/Fax : 0535 654 457 I.N.P. : 141165639

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/02/09

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

AM

PC

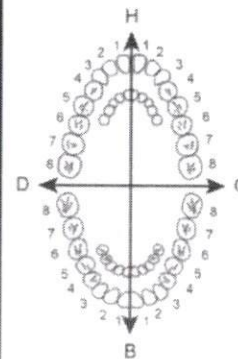
IM

IV

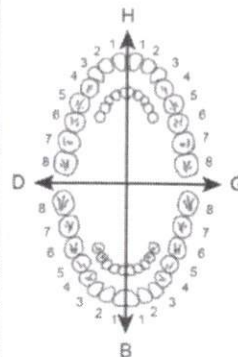
Montant détaillé des Honoraires

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	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	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 Ascertément Près Les Tribunaux

SPECIALISTE O.R.L

Médecine de la tête de L'Orbite du Nez et de La Gorge

Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale & Chirurgie du goitre

Chirurgie Esthétique de la face

Endoscopie - Otite - Vertiges - Allergie Nasale

Adultes & Enfants



مستشفى  
الطبيب  
الاستاذ  
الدكتور  
حميد  
واظاني



Aflamc 15 mg  
10 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



Féu, Le 28/10/2022

Mme RANIA BAKRI

169,00 2- Claril 500



38,00 2- Aflamc



11,00 3- Doliprane 1000



212,00 4- Parprim 15



1000

10 jours

PHARMACIE TADAWI FES S.A.S. S.R.L. (AU)  
**DR HASSAN KAREM**

48, Avenue Hassan I (Avenue de l'Indépendance) - FES  
Tél: 05 35 65 44 57  
Email: hassan.karem@gmail.com  
INPE: 142083500 ICE

**Dr. OUAZZANI Hamid**  
SPECIALISTE O.R.L

48, Avenue Hassan I (Avenue de l'Indépendance) - FES  
Tél: 05 35 65 44 57  
Email: ouazzani.hamid@gmail.com  
INPE: 142083500 ICE