

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

161521

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

898

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NADIR

RICIA

Date de naissance :

Adresse :

1595 Massira 1

Temara

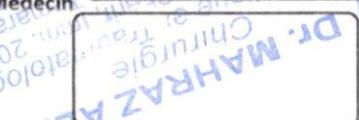
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/01/2023

Nom et prénom du malade :

NADIR RICIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture col M5

Demi Galbe

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

chute à domicile

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 :

Le : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TAUX 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
11-07-2016	CA +K10		350,00	INP : 1011179961 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAHIA 170, Av. Idries 1er, Massira -Témoignage Tél: 06 37 00 02 10	11/01/23	218,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Fadwa Radmoula Moulay Ali Cherif, Imara RDC Secr. 3-Témara 0537406629-0537618979 101231045	11/01/1993	Réf. 1000 F.P.	300 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

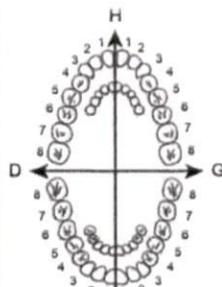
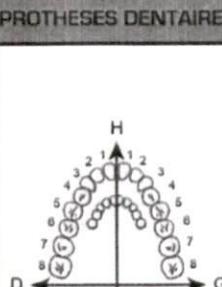
ADHERENT

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 de l'U.A.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		00000000 00000000 35533411 11433553 B	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة أمراض و جراحة العظام والمفاصل

Cabinet de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

الدكتور علي محرز Docteur Ali Mahraz

Tel/ fax 0537402644 Gsm 0673090950

LOT: 019
PER: NOV 2024
PPV: 75 OH 00

10 Gé

Mme NADIR RKIA

CELEPHI 200 MG

1 le matin x 7 j

ANDOLI G EFF

1 cp x 3/j X 3,J

CADELIUS 600 MG/1000 IU

1 cp/j x 1 mois

218, W
PHARMACIE BAHIA
170, AV. ICI 1er. Massira 1
Téléphone : 05 37 80 52 10

INPE 102013893

Jr. MAHARAZ ALI
Orthodontist
A.Y. Medical Center
Tel.: 053-3344000
Fax: 053-3344001
E-mail: alimaharaz@msn.com



Avenue Moulay Ali Cherif immeuble 209 appartement n° 6 Mascira 1, Tanger

alimahraz@gmail.com



عيادة أمراض و جراحة العظام والمفاصل

Cabinet de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

الدكتور علي محرز Dr. Ali Mahraz

Tel/ fax 0537402644 Gsm 0673029259

Le : ١١.٠٤.٢٠٢٣

M NADI R R KIA

جـ نـ دـ رـ سـ

Dr. Fadwa BARKOUCHI
Radiologue
Roulodragia Moulay Ali Cherif, Imm. 8
N°1 RBC Sect. 3-Temara
Tél-Fax: 0537406629-0537406629
INPE 1012340

Avenue Moulay Ali Cheffir immeuble 209 appartement n 6 Massira 1 Temara

شارع مولاي علي الشريف عمارة 209 شقة رقم 6 (قبالة الملحقة الادارية الثالثة) المسيرة 1 تمارة

alimahraz@gmail.com



FACTURE

Patient(e) : NADIR RKIA

Date : 11/04/2023

N° Facture : 2572

NATURE DE L'EXAMEN	PRIX (DH)
RX MAIN FACE ET PROFIL	300.00

Montant Total : 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Cents Dirhams

Type de paiement : Espèce

Dr. Fadwa BARKOUCHI
Radiologue Moulay Ali Cherif
Boulevard Moulay Cherif, Imm. 8,
N°1, RDC, Sect. 3 Témara
Tél-Fax: 0537406629 - 0537618979
INPE 101234045

♦ Boulevard Moulay Ali Cherif, Imm 8,
Numero 1, RDC, Secteur 3 • TEMARA
Tél./Fax : 05 37 40 66 29 • 05 37 61 89 79
ICE : 00177158700082 • INPE : 101234045 • IF : 20761712 • radiologiemoulayalicherif@gmail.com

♦ شارع مولاي علي الشريف ، عمارة 8 ، رقم 1
الطابق السفلي ، سكتور 3 . تمارا
الهاتف / فاكس : 05 37 61 89 79 • 05 37 40 66 29
© 07 62 74 67 53