

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7681	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	198783
Nom & Prénom : REFKA FOUSA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0623641977	Total des frais engagés : 199,-		
Cadre réservé au Médecin			
DR BOUNADI EL HASSAN Dermatologue – Vénérologue 46, Rés. Sata 1er Etage Bd. Med V 15 JAN 2024			
Cachet du médecin : DR BOUNADI EL HASSAN Dermatologue – Vénérologue 46, Rés. Sata 1er Etage Bd. Med V 15 JAN 2024			
Date de consultation : 15 JAN 2024			
Nom et prénom du malade : LASBON			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> BOUNADI EL HASSAN			
Nature de la maladie : ONC			
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'adjudicataire 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 : **13 MAR 2024** Le : **13 MAR 2024**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
15 JAN 2024	C		3000000	INP 141281204
				MUNADI EL HASSAN Vénérologue Bd. Med V

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL NAYA N° 1028 Narija B-Fes Tel 05 35 64 2273</i>	15/01/24	199,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

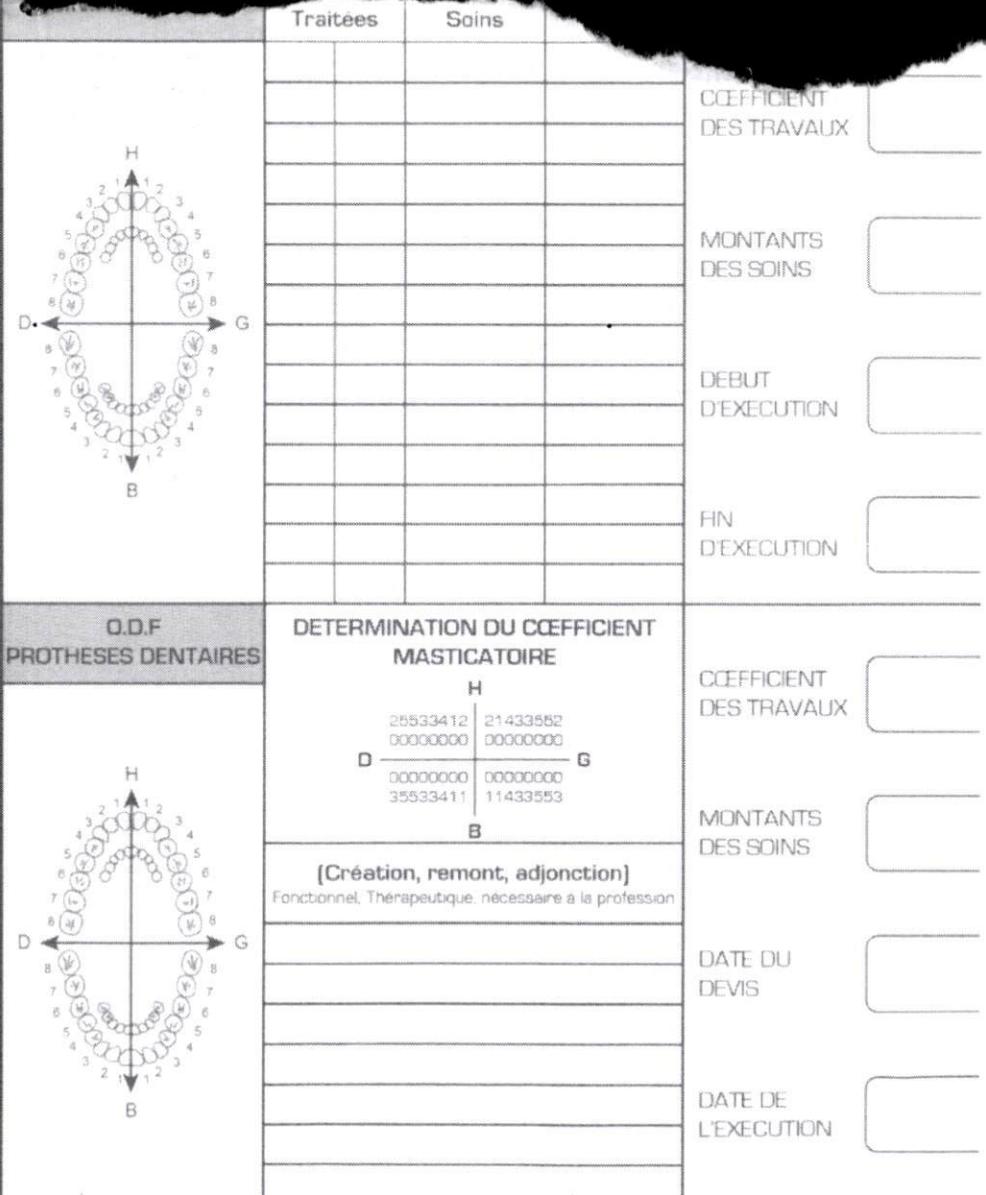
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

DOCTEUR BOUNADI EL HASSANE

DERMATOLOGUE

Spécialiste des maladies de la peau
des cheveux et des ongles

Maladies sexuellement transmissibles

Allergie de la peau

Chirurgie dermatologique

Médecine esthétique - Laser

Ancien chef de services de dermatologie
à l'hôpital Omar Drissi Fès



الدكتور بونادي الحسن

الخبير في الأمراض الجلدية والتتناسلية

أمراض الشعر والأظافر ، جراحة الجلد

حساسية الجلد ، طب التجميل ، الليزر

رئيس قسم الأمراض الجلدية سابقا

بمستشفى عمر الدرسي بفاس

15 JAN. 2024

Fès, le

LASBOU SARAT

199,00

~~Tarifne 28~~

~~100,00~~

~~100,00~~



Dr BOUNADI EL HASSE

Dermatologue - Vénérologue

46, Résidence Sara, 1er Etage Bd. V

1028, Narija B-Fès

الدكتور بونادي الحسن
PHARMACIE EL NAYF
Lot 1028, Narija B-Fès
Tél 05 35 64 42 73

46, Résidence Sara, 1er étage Bd Mohamed V - Fès / شارع محمد الخامس - فاس

E-mail : h_bounadi@hotmail.com / Tél : 05.35.93.19.00

مرخص

Lot N°

PPV

Exp

199,00

