

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="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-584224

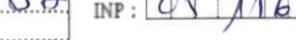
58000

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	605	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ADDALI THAMI			
Date de naissance : 01/01/1947			
Adresse : BLOC H N° 116 Hadouzia Kénitra			
Tél. : 0564834634	Total des frais engagés : 923,50 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Hassan EL MIR Hépato - Gastro - Enterologue 82, Rue Maamora Rce Yasmine 1er Etage Appt. 11 - Kénitra Tél. : 05 37 36 47 60			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 23/10/2021			
Nom et prénom du malade : EL ADDALI THAMI Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ACCUEIL			
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 : Kénitra
Signature de l'adhérente(e) :

Le : 23/10/2021

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
23/1/20 g			3.000 DH	INP : 05 1162384  Dr. Hassan EL MIR Hépato - Gastro - Enterologue 32, Rue Maamora Rce Yasmine 1er Etage Appt. 11 - Kénitra Tél. : 05 37 36 47 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE K PROVINCE SARAH Dr. SARA ZAKARIA 27, Av Hssan II - Kénitra Tél.: 05 37 375255 / INPE: 052063971	23/04/2024	623,56

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

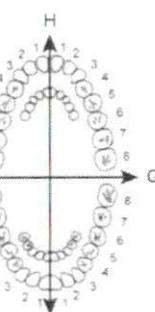
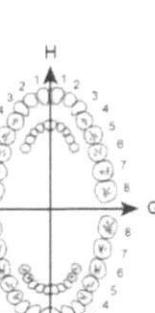
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION	
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS	
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MIR HASSAN

Hépato - Gastro

Entérologue - Proctologue

Diplômé de l'université de Médecine de Koursk

Ancien Médecin Attaché au CHU de Koursk

Echographie

Fibroscopie - Coloscopie - Rectoscopie



الدكتور المير حسن

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

والكبد والبواسير

خريج جامعة الطب بكورسك

الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار الداخلي



23/01/2021

القنيطرة

في :

Mr EL ADDALI THAMI

201,00 + 119,50 =
DAFLON 1000

1 gel x 3/j après repas pdt 3j
1 gel x 2/j après repas pdt 4j
1 gel /j après repas pdt 21j

49,00
AVENOC

1 app matin et soir pdt 10j

17,30

x 2 **MORIDIL SUPPOSITOIRE**

1 suppo matin et soir pdt 10j

34,00

OSMOSINE

2 cas le matin pd 1 mois

116,40

Floxam EL MIR
Dr. Hassan EL MIR
Hépato-Gastro - Entérologue
82, Rue Maâmora, Résidence Yasmine
1er Etage Appt 11 - Tel: 05 37 36 47 60

623,80

رسالة معمورة إقامة رقم 11 (بجانب صيدلية التافورة) - القنيطرة
82, Rue Maâmora, Résidence Yasmine 1^{er} Etage Appt 11 (angle de la Pharmacie fontaine) - Kénitra

Tél : 05 37 36 47 60 - GSM : 06 77 27 95 73

