

CONDITIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

adhérent doit être dûment renseigné.

Le médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. La durée de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

La preuve d'assurance est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, orthodontie, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que les actes effectués en série.

La déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Les remboursements doivent être obligatoirement joints aux ordonnances.

Les factures sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

La copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes au dossier médical pour toute demande de remboursement.

Le praticien prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de l'assuré.

Le praticien prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

La facture renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de soins.

La facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Le praticien prescripteur doit être renseigné sur la feuille de soins au début de la première séance de traitement.

La facture renseignée par le praticien prescripteur pour toute demande de remboursement.

La facture est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

La longue Durée ALD et ALC :

La maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

utiles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

Le statut : adhesion@mupras.com

Le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Déclaration de Maladie

N° W19-423229

Pay
comme
GG242

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01083 Société : 12 AM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUAKIK AS BRAHIM

Date de naissance : 01.06.1946

Adresse : RUE CHAKIB ARSALAN RUE MONLOUK 1

CHAMPS DE COURSE FES

Tél. : 06 66 13 57 53 Total des frais engagés : 418,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. Badre Wadghiri
Oto-rhino-laryngologue
Chirurgie Cervico-faciale
25, Bis Rue Brahim Roudani - FES
Tél. 05 35 62 36 67 - 05 35 62 36 33

Date de consultation : 02/09/20

Nom et prénom du malade : OUAKIK AS BRAHIM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : PERSONNE AVEC PROBLEME

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 : FES Le : 03/04/2021

Signature de l'adhérent(e):

JOSEPH

ANNOBIA

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
22 AVR 2029			250 DH	INP : 1M181405 Dr. M. Badre Wadg Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie C... 25. P...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Pharmacie KITTANI Mounir Aoulay Shimane 9, Av. Saint Louis Rte. Ain chaféf Fés Tél: 05 35 65 76 08</i>	02/04/2021	168,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIVE TAPE

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"/>																								
				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																											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000					D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		H	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D		G																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B		H																										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Badre WADGHIRI M.

ANCIEN MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES
ENSEIGNANTS DU CHU DE RABAT

Médecin Expert Assermenté Près des Tribunaux

OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE
SPÉCIALISTE MALADIES ET CHIRURGIE
OREILLES - NEZ - GORGE
CHIRURGIE CERVICO - FACIALE

25 Bis, Rue Brahim Roudani
(Ex.Rue Nador) - FES
Tél : 05 35 62 36 67 / 05 35 62 36 33

الدكتور بدر الوادغيري م.

عضو سابق في جمعية أساتذة كلية الطب بالرباط
طبيب خبير ملحق لدى المحاكم

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف
و الأنف و الحلق

أمراض الرأس وجراحة الوجه و العنق

26 مكرر ، زنقة ابراهيم الروdanی
(زنقة الناضور سابقاً) - فاس

الهاتف : 05 35 62 36 67 / 05 35 62 36 33

I.N.P : 141017046

Lot N°
Ut.av.fin ● 83753

Fès, le : 02/04/21 فاس، في :

OUAKKAS BRAHIM DOS n°: 44/20

30,00

HUMEX MAL DE GORGE COLLUTOIRE

18,90

2 pulv. dans gorge 3 fois par jour après
BUCOHYMOL Soluté , 2 flacons

2 c. café dans 1/2 verre d'eau tiède

30,70

gargarisme x 3/ jour avant repas

KARDEGIC 75mg

1 sachet le matin après repas

83 -

BIOFAR Magnésium

1 comp. le matin après le repas

01-2023 =

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 30,00 DHS

LOT : 01.06.2013
PER : 06.2022

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

118000 061847

BIOFAR Mag Vita B6 CP bte 20
PPC : 89,00

Lot :
0282/8
10/2023

IPHADERM

Dr. M. Badre Wadghiri, M.D.
oto-rhino-laryngologiste
Chirurgie Cervico-Faciale
25, Bis Rue Brahim Roudani - FES
Tél. 05 35 62 36 67 - 05 35 62 36 33

MUPRAS
MUPRAS