

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

- 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.

N° W19-589669

71609

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	Société :	
BELNIR KHALIL	9088	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom :		
BELNIR KHALIL		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0678804749 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 12.05.2021	
Nom et prénom du malade : BELNIR Anas Age : 10 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HNX	
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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-589669	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

الدكتور

بوعبيد عبد الحكيم



اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن
و الخجولة و الوجه و العنق
إختبارات الدوخة و وظائف السمع
الفحص بالمنظار و العجهر

Docteur

BOUABID Abdelhakim

Spécialiste en ORL et Chirurgie

CERVICO - FACIALE

Exploration Endoscopique

Exploration Vertige et Surdité

MTE
= 9088

INPE : 061126140

Berrechid le :

12/5/2021

أuss



HISTANORM 10 mg 15 comprimés
PPV 40DH00 EXP 12/2022
LOT 9H023

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
12/05/2021	C		200.00 DH	INP : 061126140
17/05/2021	Algofibroscopie	21	400.00 DH	Dr. Abdelhakim BOUABID Spécialiste ORL Chirurgie Cervico-Faciale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/21	208,70
		36,60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

Docteur
BOUABID Abdelhakim



الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم

Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأنف و الأنف
و الحنجرة و الوجه و العنق
إختبارات الدوحة و و ظائف السمع
الفحص بالمنظار و العنصر

M^{me} 9088 (INPE : 061126140)

Berrechid le : 17.05.2021

36,6
Belmira Anas
(S.V) 2mg
Betastine 2ml j/2 matin . 00
2nd

PHARMAS | LOT : 6073
UT.AV : 01-24
PPV : 360H60

9 332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage
Appt 2 - Berrechid 0522 32 64 60
ICE: 001866801000095 - IF : 14445762

9 332 تجزئ نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول رقم 2 - برشيد

الدكتور
BOUABID Abdelhakim بو عبيد عبد الحكيم

Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن
و الخبرة و الوجه و العنق
إختبارات الدوخة و و ظائف السمع
الفحص بالمنظار و العجهر

M 16
= 9088

INPE : 061126140

Berrechid le :

17/05/2021

Facture

N° Facture : 803/2021

Patient : Enfant BELMIR ANAS

Acte : Nasofibroscopie

Montant: 400.00 DH

Arrêter la présente facture à la somme de : **QUATRE CENT Dhs**



📍 332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage
Appt 2 - Berrechid ☎ 0522 32 64 60
ICE: 001866801000095 - IF: 14445762

📍 332 تجكية نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول رقم 2 - عشش

Docteur
BOUABID Abdelhakim



الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم

Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité

M 26 9088

Berrechid le : 17.05.2021

Nom et Prénom : **Belmiz Aoud**

Age : **15 ans**

Indication : **Gorre pharyngite**

COMPTE RENDU DE NASO - FIBRO - LARYNGOSCOPIE

Examen réalisé à la fibroscopie souple, avant et après application du vasoconstricteur local montre les particularités suivantes :

Cavités nasales :

nvaguerie **pharynx** **nasal** **inflammation**

Cavum :

libre

Pharyngolaryngoscopie :

NG

Conclusion :



Q 332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage
Appt 2 - Berrechid 0522 32 64 60
ICE: 001866801000095 - IF :14445762

Q 332 تجزئة نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول رقم 2 - برشيد