

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19-0034216

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2923

Société : Retraite R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKHSSAÏ RACHID

Date de naissance : 01/07/1950

Adresse : LOT OUED FEZ RAKHID N. 16
FEZ

Tél. : 06 61 83 53 28

Total des frais engagés : 134 377,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/06/2021

Nom et prénom du malade : LAKHSSAÏ RACHID

Age : 61/7/50

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Séchrose dentaire

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 : FEZ le 22/06/2021 Le : 22/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Wahid

ALI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mr BENMOUSSA Abdelhai 14 ساحة المغرب العربي حي عز الدين الكبارات - الدار 0535 62 19 19 - ICF 00160437200022 INPE 142025675	22/06/24	377,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ANOUNE Mariam

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux
Ancien Médecin à l'hôpital Omar Idrissi



الدكتورة اعنون مريم

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
طبيبة بمستشفى عمر الإدريسي سابقا

جراحة أجالة - تنصيع البصر (لازير)

أمراض الشبكية - داء الزرق

أمراض العيون عند الطفل

تقسيم الحول - مسالك الدموع

Chirurgie de Cataracte (Phako-émulsification)

Chirurgie réfractive - Glaucome

Maladies Rétiniennes (Angiographie - OCT - Laser)

Ophthalmologie Pédiatrique - Strabologie

Chirurgie des Voies Lacrymales

22 juin 2021

Fès, le فاس، في

Mr. LAKHSSASSI Rachid

102.80 ₣

COVERSYL 5 MG



1 prise par jour , 04 boîtes

98.00 ₣

277.80



Dr. ANOUNE Mariam
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Hassan II, Tour Al Watanya - FES
Tél : 05 35 94 22 98
INDE : 141172387



PPV : 92,00 DH

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



PPV : 92,00 DH

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg

