

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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° W21-619362

7633 D

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11340

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMRANI HANANE

Date de naissance :

10/01/1992

Adresse :

EL JINANE 01 X 12 Ain chkef MLY Yaacoub les

Tél. :

06 66 890 176

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. BOUTAYEB FCIWZI
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
CHU Hassan II - FES

Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/05/2021

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

→ Grippel Nohay

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-619362

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

BELEVE 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
03/05/2021	Ca		350,00	Dr. BOUTAFIA HASSAN INP: 1111111111111111 Chirurgien traumatologue Orthopédiste
				CLINIQUE DR RAZI Hôpital Hassan II - FES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
RE BELGE ET DE READAPTATION MOHAMMED BEN JELLOUN SPECIALEISTE EN ORTHOPÉDIE Spécialiste en orthopédie que Egypte RDC Al Mouwahidine APP APC EBS Tel: 05 35 62 28 8	06/05/21			12 Séances		440000	

VIOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Fès: 06/05/2021

Facture / Devis

Nom et Prénom : *Mme Amziane Hanane*

Nº Facture :

Nombre de séances	Prix De la Séance	Montant
12 séance	120DH par séance	1440DH

Nº de la séance	Date de la séance	Nº de la séance	Date de la séance
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

NºPatente : 13120382 /IFNº : 40244085 /NºCNSS : 9678808

ICE : 0005790710000094

Fès: 08 107121

Facture / Devis

Nom et Prénom: *Hme Amzazi Hamane*

Nº Facture: 00 11282
0721

Nombre de séances	Prix De la Séance	Montant
12 Séance	120 DH par Séance	1440 DH

Nº de la séance	Date de la séance	Nº de la séance	Date de la séance
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

NºPatente : 13120382 /IFNº : 40244085 /NºCNSS : 9678808

ICE : 00051997/000091



ORDONNANCE

- ANESTHÉSIE
RÉANIMATION
- ONCOLOGIE
- RADIOTHÉRAPIE
- CARDIOLOGIE
- CHIRURGIE
- GYNÉCOLOGIE
- PÉDIATRIE
- MÉDECINE
- RADIOLOGIE

Medecin Traitant :

Fès le

21/02/2013

Nom :

Dr Ammar Hanafi

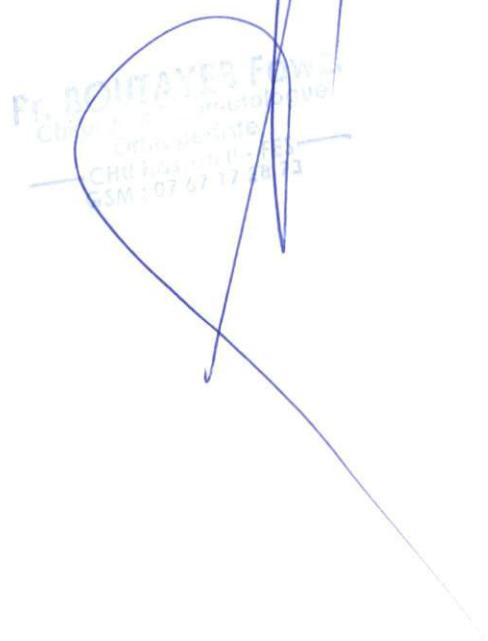
Prénom :

Dr Ammar Hanafi de Rohley
in charge by

CENTRE BELGE DE REEDUCATION
ET DE READAPTATION
MOHAMED BENELLOUN
S.P. TISURIN
Avenue Egypte RDCA 11
(Imme. ANAPEC) FES Tel: 05 35 62 28 18

- Graffen elevata Actue ++
et Absence
R. Intey (mais au Dés)
- Graffen Robbe faible +

- far North to abber alleys
Ogashoq Dohle
 - Enselepten



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 06.01.2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 11340 e-mail : hanafi@royalairmaroc.com Phones : 066.68.90.176
Nom et Prénom de l'adhérent : AMRANI HANANE
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime quel l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite : *Le Sejour de reconvalescence fait l'objet d'une prolongation*

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) *12 Sejour de prolongation*

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



مصحة الرازى

CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 03/05/2021

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Pr. PR BOUTAYEB



Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Tél : 06.61.48.00.22

Spécialité : TRAUMATOLOGUE

N° C.N.S.S. :

I.F. :

Taxe Prof. :

I.C.E. :

N° Facture :

N° Dossier : X1E035720

Patient : AMRANI HANANE

Montant honoraire : 350.00

Pr. BOUTAYEB FOUZI
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
CHU Hassan II - FES
Montant honoraire : 350.00
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com