

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-596526

105061

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 214916	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUSS SIDI			
Date de naissance : 23/02/1970			
Adresse : lot Amazigh Apm 2 0000 000 Agadir			
Tél. : 06 52 34 86 02 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Docteur Bouziane Quaritini M.T PNEUMO PHTISIOLOGIE Imr. Aontouk Rue de Marrakech AGADIR Tel: 05 28 84 42 42			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07 FEV 2022			
Nom et prénom du malade : AOUSS Youssef Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affectation respiratoire			
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 : Agadir Le : 07/02/2022
Signature de l'adhérent(e) :



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
07 FEV 2022		1	20000	INP : NPE : 04.1038787 Docteur Bourzane Chafik PHARMACIE AGADIR - Tel: 05 28 84 42 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AGADIR Tel: 05 28 84 42 42 042018133	07/02/2022	314,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

DENTISTE	O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433652</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433652	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="1"> <tr><td>MONTANTS DES SOINS</td></tr> <tr><td>DATE DU DEVIS</td></tr> <tr><td>DATE DE L'EXECUTION</td></tr> </table>	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
H	25533412	21433652																
D	00000000	00000000																
G	00000000	00000000																
B	35533411	11433553																
MONTANTS DES SOINS																		
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		
		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>															
<table border="1"> <tr><td>COEFFICIENT DES TRAVAUX</td></tr> <tr><td>MONTANTS DES SOINS</td></tr> <tr><td>DEBUT D'EXECUTION</td></tr> <tr><td>FIN D'EXECUTION</td></tr> </table>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION											
COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
MONTANTS DES SOINS																		
DEBUT D'EXECUTION																		
FIN D'EXECUTION																		

Ex. Médecin Chef de l'Hôpital d'Inezgane
 Spécialiste des Maladies
 du Poumon - Tuberculose - Asthme
 Allergies Respiratoires
 Explorations Fonctionnelles

طبيب رئيس بمستشفى إنزيغان سابقاً

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

الصبيحة. مرض السل. الحساسية التنفسية

INPE: 041038787

Avez

Agadir, le : 07 FEV. 2022 اكادير، في:

Yasmine

18.60 ₣
314.40 ₣

Loc des Fug. (مكتب)
1 p ordinaire U. l. R.
4 mois



الدكتور بوزيان وارتيني م.
 DOCTEUR BOUZIANE OUARITINI M.T
 PNEUMO-PATHOLOGUE
 AGADIR - Tél: 05 28 84 42 42

PHARMACIE MAZINE
 TÉL: 05 28 24 29 37
 TÉL: 05 28 84 42 42
 FAX: 05 28 84 42 42

Rendez-vous, le de la mois

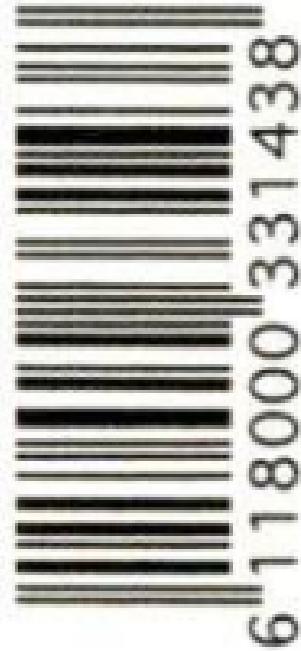
5 مل

30 قابض

لوروديز

Lorodes® 5 mg
Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



PPV : 78,60 DH

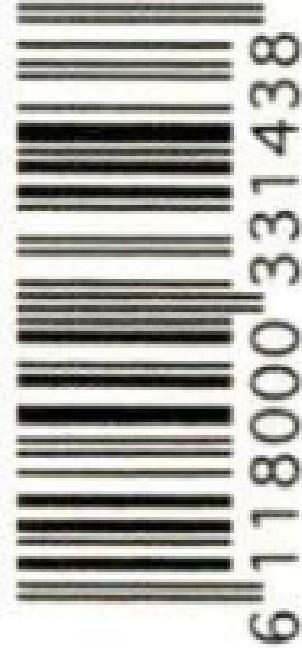
5 مل

30 قابض

لوروديز

Lorodes® 5 mg
Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



PPV : 78,60 DH

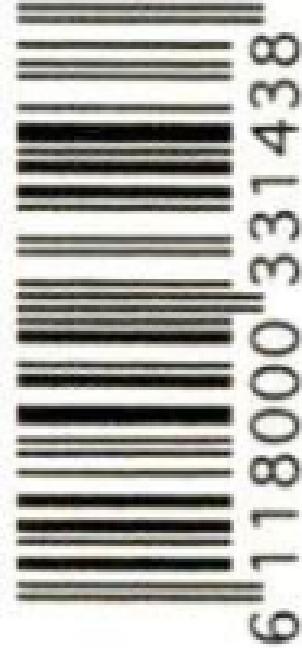
5 مل

30 قابض

لوروديز

Lorodes® 5 mg
Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



PPV : 78,60 DH

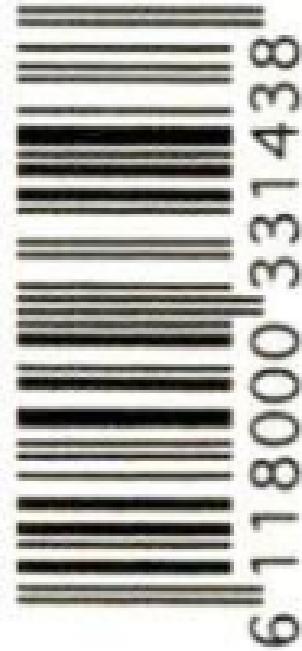
5 مل

30 قابض

لوروديز

Lorodes® 5 mg
Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



PPV : 78,60 DH

DR BOUZIANE OUARITINI MED
EX MEDECIN CHEF DE L'HOPITAL D'INEZGANE
SPECIALISTE DES MALADIES DU POUMON
TUBERCULOSE, ASTHME

Imm Achtouk , 1^{er} Etage
Rue De Marrakech (Q.I.) Agadir
Tel : 048 844242

ICE : 001611651000011
IF : 75737600

INPE: 041038787

AGADIR LE

07 FEV. 2022

NOTE D'HONORAIRES

Concerne M.....

Consultation

Visite.....

Radiographie Pulmonaire.....

Test D'allergologie.....

Fibroscopie Bronchique

Radiographie De Sinus.....

Autres

*Yassine
douai*

Total 20000 ₣
Dr Bouziane Quaritini M.
PNEUMO-PHTHIROLOGUE
Imm. Achtouk / Rue de Marrakech
AGADIR - Tel: 05 28 84 42 42

Arrêtée la présente Note d'honoraires à la somme de :

Deux cent cinquante mille francs