

## 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 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.

### **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° W21-600602

185714

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricole : 1376 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAKMANI FATHIA ép ZAHIR

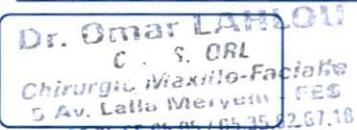
Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 16 Rue Ahmed Elgazidi lot Emeraude  
champs de course FES

Tél. : 066946970 Total des frais engagés : 485,00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.06.2022

Nom et prénom du malade : ZAHIR FATHIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :

11 AOUT 2022

**MUPRAS**  
**ACCUEIL**

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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  |
| 17/06/22                       | CZ                |                       | 200 DH                          | INP: 111089013<br>Signature: OMAR LAHOU<br>C. A. S. URL<br>de Maxillo-faciale<br>et cervicale - FES<br>Date: 25.02.2018 |
| 17/06/22                       | K10               |                       | 200 DH                          |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE MOULAY IDRISSE<br>Dr SEBDAIKRAM<br>Champs de Course - Téb<br>FES - Téb | 17/6/22 | ₾ 35,80               |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

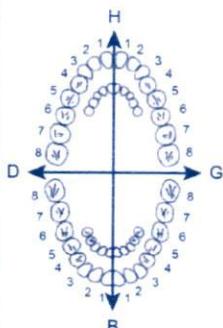
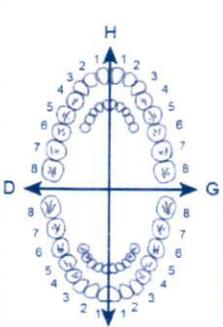
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins                                       | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |
|--|---|--|-------------|---|
|   |   |  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  |   |  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|  |   |  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession |  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|  |   |  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |

# Docteur Omar LAHLOU

C.E.S. d'ORL de l'université de BORDEAUX

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE

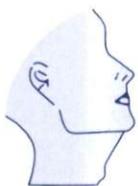
OREILLES - NEZ - GORGE

CHIRURGIE FACE ET COU

SURDITE - ALLERGIE NASALE

Ex. Chef de service à l'hôpital Omar Driss Fès

Membre de la Société Française d'O.R.L.



الدكتور عمر لحلو  
شهادة التخصص من جامعة بوردو بفرنسا

اختصاصي في أمراض وجرحية

الأذن - الأنف - (الحنجرة)

جرحية الروجه والعنق

أمراض وجرحية السمع - حساسية الأنف

رئيس مصلحة مستشفى عمر الإدريسي بفاس سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأذن، الأنف والحنجرة

17/06/2022

Fès, le ..... فاس، في .....

Id Patient : 2 597

Nom & Prénom : ZAHIR Fatiha

POLYDEXA Gtes Auric.

5 Gtes 3 x / jour x 8 jours

DOLIPRANE 1 G

1Cp. 2a3 x / jour

Dr. Omar LAHLOU  
Chirurgie ORL et Allergie Nasale  
5 Av Lalla Meryem 1er Etage - Fès  
Tel: 05 35 65 05 05 / 05 35 62 67 18

PHARMACIE MOULAY IDRISSE  
Dr SEBTI IKRAM  
Champs de Course Lot. K  
FES - Tél. 05 35 65



21,8

14,00

35,8

21,80

PPV: 14DH00

PER: 05/25

LOT: L1821



للامرم الطابق الأول - فاس - (قرب بنك المغرب)

5, Avenue Lalla Meryem 1er Etage - Fès - (près : E  
Cabinet : 05 35 65 05 05 / 05 35 62 67 18 - Urgences Clinique

# Docteur Omar LAHLOU

C.E.S. d'ORL de l'université de BORDEAUX

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE

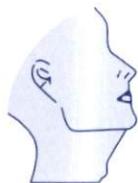
OREILLES - NEZ - GORGE

CHIRURGIE FACE ET COU

SURDITE - ALLERGIE NASALE

Ex. Chef de service à l'hôpital Omar Drissi Fès

Membre de la Société Française d'O.R.L.



الدكتور عمر لحلو  
شهادة التخصص من جامعة بوردو بفرنسا

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن - الأنف - الغدة

جراحة الوجه والعنق

أمراض وجراحة السمع - حساسية الأنف

رئيس مصلحة مستشفى عمر الإدريسي بفاس سابقاً  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأذن، الأنف والحنجرة

Fès, le 17.06.22 فاس، في

Réponse

ZAHIR RAJHA

Consultation C2 200DH

Aspiration amniotique

Ses mensurations → k10 200DH

Mal de tête → 400DH

Fracture de la clavicule → 400DH

Dr. Omar LAHLOU  
CES ORL  
Lalla Meryem 1er Etage  
Fès - (près : Banque du Maroc)  
Tél : 05 35 65 05 05 / 05 35 62 67 18 - Urgences Clinique Nour  
Signature : Lalla Meryem 1er Etage  
Date : 15/05/2023

5، شارع للأمير الطاقي الأول - فاس - (قرب بنك المغرب)

5, Avenue Lalla Meryem 1er Etage - Fès - (près : Banque du Maroc)

Cabinet : 05 35 65 05 05 / 05 35 62 67 18 - Urgences Clinique Nour Tél : 05 35 94 46 47