

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.

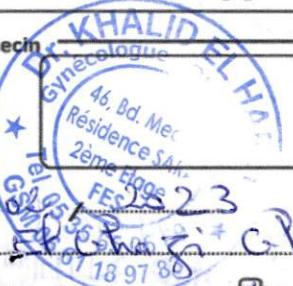
Adresses Mails utiles

- 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.

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 5221 | | Société : R.A.T | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : KHALID SAID | | | |
| Date de naissance : 13 09 1959 | | | |
| Adresse : 5 Rue elhoudhoud Hay Larik 2. Fes | | | |
| Tél. 06 14 31 75 90 | | Total des frais engagés : 19 50,00 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 10/02/2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : Dr. KHALID SAID, Age: 61 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Prostate Sein Drift | | | |
| 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 : 24 FEB 2023

Signature de l'adhérent(e) : M. A. RAJZA

ACCUEIL

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 |
|-----------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10.10.21/2023 | Pré-Opératoire Sén. 100% | | 1500,00 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 10/2/23 | PHOO | 1500 H INP. 141005413 | 1000 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

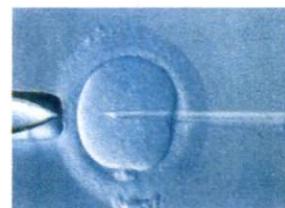
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

الدكتور خالد الحارثي

Docteur Khalid El Harti

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

Gynécologue - Obstétricien



طبيب سابق بقسم الولادة

بمستشفي الغساني بفاس

Ancien Gynécologue à
la Maternité de l'Hôpital

Al Ghassani Fès

جراحة وأمراض النساء - الولادة

عقم الزوجين - أمراض الثدي

الفحص بالأمواج فوق الصوتية

"إكوجرافيا 3 و 4 أبعاد"

دوليير بالألتوان

الفحص بالمجهر الداخلي

الفحص المجهرى لعنق الرحم

Chirurgie et Maladies

Gynécologiques

Accouchement, Stérilité

du Couple, Sénologie

Echographie 3D et 4D

Doppler Couleur, Echo-scan

Coelioscopie Diagnostic

Colposcopie

Urgence et wathapp : 06.61.18.97.83

Rendez-vous : 05.35.65.06.69

46 شارع محمد الخامس إقامة سارة
الطابق الثاني - فاس (يجاتب وفاء سلف)

46, Boulevard. Med. V Residence Sara
2ème Etage - FES (Acôté Wafa Salaf)



ICE: 001610260000029 /

INP: 141052662

Fès le

10/02/2023

فاس في



Mme EL GHAZI GHIZLANE

étude histologique d'une micro biopsie d'un nodule de se
dt au niveau du QS très suspect de malignité acr 5

Bien cordialement



En cas d'urgence contacter :
La Clinique ARRAYANE

Lot 13 Pestigia Champ Course - Fès

DR KHALID EL HARTI
GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN
46 BD MD V FES
TEL:05 35060669



10/02/2023

ICE: 001610260000029
INP: 141052662

Patient(e) : Mme EL GHAZI GHIZLANE

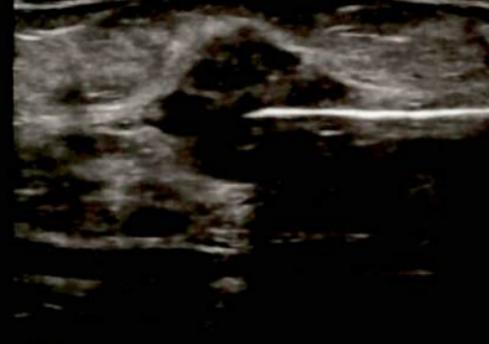
Note d'honoraire

| Désignation | Montant |
|-------------------|----------|
| MICROBIOPSIE SEIN | 1 500,00 |

Total Honoraire

1 500,00



Volume
56Volume
56Volume
56Volume
56