

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-802033

278465

### Maladie

### Dentaire

### Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5281

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KHAFIF ASSIA

Date de naissance :

1959

Adresse :

Tél. : 0673203841

Total des frais engagés : 300 + 315,60

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد العزيز أمين  
أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي والبواسر  
شارع محمد الخامس مقابل مطبعة الفراز - فاس  
عيادة عامة  
مستشفيات العصافير 05 35 65 32 59 - 05 35 94 38 84  
INPE 141009654 06 61 13 56 94

Date de consultation :

18/09/23

Nom et prénom du malade :

KHAFIF ASSIA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Affection digestive

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

X

AODUFEI

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INPE : 0202603534050402 OTELASA S.A.TIRAN ISBN 978-9953-3560-0-2	18.02.2023	315,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

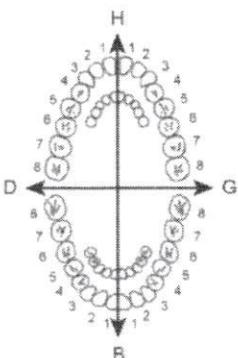
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VIOLET ADHERENT**

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

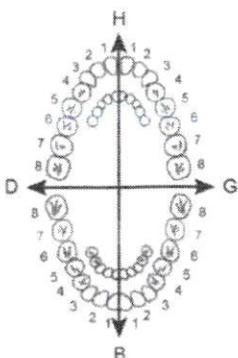


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Lot N°:

A ut. av. :

### **PPC (DH) :**

22676  
10/24  
89,00

LOT : 5980  
PER : 12/25  
PPV : 144DH50

LOT:2478  
PER:02-26  
PPV:82DH10

*de Nantes France  
Ancien Assistant des Hôpitaux de France*

خريج كلية الطب بنانث فرنس  
طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

Fès, le : 18/09/23

فاس، فی

الدكتور ~~بوقايف~~ عبد العزيز أبا  
خواص الجهاز الهضمي والبراز  
عمره 84 سنة مقيم في شارع سعادت  
العنوان: شارع سعادت 84  
جبل عامل - طرابلس - لبنان  
موبايل: 053-359430  
fax: 053-9881135694  
الرقم المالي: 1419853  
النوع: 1  
القيمة: 89,00  
**Trudges & Society**  
**IS**

Mhro NS x ~~mini~~

88,110

2) Eugen ~~2015~~

$19 \text{ g/L} \times 28/8$

الدكتور عبد العزيز أمين  
اختصاصي في طب المرضع والولادة  
شارع عبد العليم حافظ ٣٧  
٩٥٣٣٩٤٣٨٠٠  
٩٣٩٤٣٨٠٠

315/60

34- شارع محمد الخامس (مقابل مطبعة هزار) - فاس

34, Bd. Med V (En face Imp Hazzaz) - Fès

العنادة : 05 35 65 32 59 - 05 35 94 38 94 / استعارات 06 61 13 56 94

E-mail : aamine115@gmail.com