

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-794707

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5281 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KHAFIE ASSIA

Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél : 0693203861 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/23

Nom et prénom du malade : KHAFIE ASSIA Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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'at médecin 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) :


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ 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
02/08/23	CS	1	3000M	<p>  د. ه. ا. الحادي INPE 141009654 - 06 61 13 56 9 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>  PHARMACIE FARAH AV. J. ARSA - FES INPE : 14202825 </p>	02-08-23	181,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

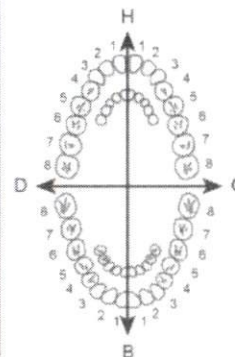
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

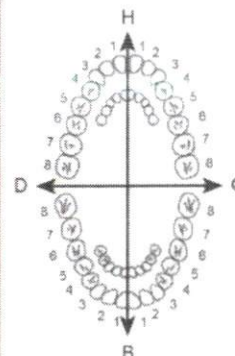
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Lot N° :

A ut. av. :

22530
08/24
89,00

U 23003
CR 73/25
PV 46DH00

GEO

46,00

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الدكتور عبد العزيز أمين

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
و البواسير

(المرارة، الكبد، البنكرياس، المعدة، الأمعاء)

الكشف بالمنظار

التشخيص بالأمواج الصوتية

خريج كلية الطب بنانت فرنسا

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

Fès, le : 08/08/23 في : فاس

KHAFIF ASSI'a

89,00

1

Tridigest

46,00 x 2

1 Sachet mishi

2

1 Sac Young nade 14

1 sachet x 28 g

181,00

الدكتور عبد العزيز أمين

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والبواسير

شارع محمد الخامس مقابل مطبعة الهزاز - فاس

عيادة : 05 35 65 32 59 - 05 35 94 38 84

مستعجلات : 06 61 13 56 94 - 06 61 13 56 94

PHARMACIE KARAH
DR. AMIN AOU RACHIDA 2
13 AV. BEN ARSA - FES
TEL : 05 35 60 05 14
TEL : 05 35 60 08 25
INPE : 14202082

34, شارع محمد الخامس (مقابل مطبعة هزاز) - فاس

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

العيادة : 05 35 65 32 59 - 05 35 94 38 84 / استعجلات : 06 61 13 56 94

E-mail : aamine115@gmail.com