

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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° W21-822450

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00687 Société : Rebrante
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLON SAID
 Date de naissance : 20/02/43
 Adresse : lpt laila lpt 16 Av. SOUSSA
 20122 FES (V.N)
 Tél. : 0668071434 Total des frais engagés : 448 DH,10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHKIM MED BADR
 Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
 Imn. 76 Appt N°6, Av. Hassan II
 Place LAFIAT - Fès
 35 94 00 05 06 66 41 87 13

Date de consultation : 11 OCT 2023

Nom et prénom du malade : LAHLON SAID Age :

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

Nature de la maladie : gène fesse gauche

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 : FES Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W21-822450

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute
 réclamation ultérieure.

Matricule : 00687
 Nom de l'adhérent(e) : LAHLON S.
 Total des frais engagés : 448 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
11 OCT 2023	Consultation Ca		200 dh	INP : 141165704 Dr. LAHKIM MED BACH Chirurgien Orthopédiste Traumatologue Im. 76 Appt N°6, Av. Hassan II Place LA IAT - Fes 06 66 41 87 13
	Plante			
	Index de la jambe G			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie MOURCHID Fournisseur MOURCHID 2, N. TADHIA - Marjis C - FEB INPE. 142028638</p>	11/10/23	248110

[illegible]

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

VOLET ADHERENT

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

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d'hygiène bucco-dentaire.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [][][][][][][][][][]										
				Coefficient des Travaux []										
				Montants des Soins []										
				Début d'exécution []										
				Fin d'exécution []										
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p>G</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux []
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B													
				Montants des Soins []										
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			DATE DU DEVIS []										
				DATE DE L'EXECUTION []										

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																		
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																		
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<div style="text-align: center;">H</div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;">B</div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="text-align: center;">G</div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
	<div style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</div> <div style="text-align: center;">Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr.LAHKIM MED BADR

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Expert Assermenté Auprès les tribunaux

- Chirurgie osseuse et articulaire
- Chirurgie de la main et Microchirurgie
- Chirurgie de la colonne vertébrale
- Chirurgie des rhumatismes
- Chirurgie Arthroscopique
- Traumatologie du sport

الدكتور الحكيم محمد بدر
اختصاصي في الكسر وتقويم العظام
خبير محلف لدى المحاكم

- جراحة العظام والمفاصل
- جراحة اليد والجراحة المجهرية
- جراحة العمود الفقري
- جراحة الروماتيزم
- الكشف بالكاميرا للمفاصل
- الطب الرياضي

Fès, le 14/11/2023 فاس، في

ORDONNANCE

Mr LAHLOU SAID

ORDONNANCE

RACIPER 20 mg comprimé

82/10 1 cp / j le matin 1 boîte

STORIXIA 90 mg comprimé

166/10 1 cp / j le soir boîte de 14

PPV:82 DH:10

RACIPER® 20 mg

14 comprimés gastro-résistant

Voie orale



6 118001 1380716

Dr. Bouhjar MOURCHID
2 Bd. TADHA - Nafis
INPE. 1420

STORIXIA® 90 mg

Comprimés pelliculés

Boîte de 14

AMM N° : 10432/2019/DMP/SO/87



6 118000 024057

Dr. LAHKIM MED B

Chirurgien Orthopédiste

Imm. 76 Appt N°6

Place LAFIAT

TEL: 05 35 94 01 11

GTIN: 16118001306713

Lot: PTE0542A

EXP: 12/2024

S.N: FWX4TDVM3A2

LOT 231993 3

EXP 12 2025

PPV 166/00

90

05 35 94 00 05 - 06 66 41 87 13

عمارة 76 شقة 6 شارع الحسن الثاني ساحة لافياف فوق مقهى الخصبة قرب صيدلية الحرية - فاس
Imm.76, Appt N°6, Av. Hassan II place LAFIAT au dessus du café la fontaine
(A côté de la pharmacie Liberté)-FES