

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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.

N° W21-696406

pa
pourris

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 3166			
Société : RATI			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdellatif			
Date de naissance : 01/01/1946			
Adresse : 34, Rue Amanal, Hay Farah III Route Ain Chkef FES			
Tél. 0662 563048 Total des frais engagés : 890,40 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cache du Médecin	
IBRAHIMI Abdellatif	
Date de consultation : 04/01/2024	
Nom et prénom du malade : IBRAHIMI Abdellatif	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie : IBD	
En cas d'accident précisez 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 : FES

Le : 06/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-696406

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
08/12/14	C	1	300	INP : Pr. TAZI MOHAMMED FADL Professeur Agrégé de Urologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INDE MACIE	04/01/84	580,40

ANALYSES - BANDEGRAPHES

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	

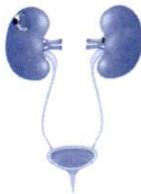
VIOLET ADHERENT

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

<p>Composition par comprimé: Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg Excipient à effet notable: Lactose Excipients q.s.p un seul comprimé.</p> <p>Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.</p> <p>Aucune condition particulière de conservation. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.</p> <p>Composition par comprimé: Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg Excipient à effet notable: Lactose Excipients q.s.p un seul comprimé.</p> <p>Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.</p> <p>Aucune condition particulière de conservation. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.</p> <p>Composition par comprimé: Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg Excipient à effet notable: Lactose Excipients q.s.p un seul comprimé.</p> <p>Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.</p> <p>Aucune condition particulière de conservation. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.</p>		<p>PPV: 147 DH 60</p> <p>NIVEAU 1</p> <p> بدون شرط معينة للتخزين. يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.</p>	<p>les soins.</p> <p>si que</p> <p>ODF</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>PPV: 147 DH 60</p> <p>NIVEAU 1</p> <p> بدون شرط معينة للتخزين. يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.</p> <p>IND</p> <p>PPV: 147 DH 60</p> <p>NIVEAU 1</p> <p> بدون شرط معينة للتخزين. يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.</p> <p>IRON</p> <p>PPV: 147 DH 60</p> <p>NIVEAU 1</p> <p> بدون شرط معينة للتخزين. يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.</p>								
<p>PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection</p> <p>D G</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>									

Pr Mohammed FADL TAZI

Chirurgien Urologue
Professeur de l'enseignement
Supérieur
CHU Hassan II - Fès



البروفيسور محمد فضل التازي

أستاذ التعليم العالي في جراحة
الكلى والمسالك البولية
المركز الإستشفائي الجامعي
الحسن الثاني - فاس

Fès Le : 04/01/14 فاس في :

M¹ IBRAHIM

Abdelbasset

(N) 2674
OF Florida


W. J. b.s.

530/48



-Tél : 06 61 23 72 11

E-mail : tazifadl@yahoo.fr