

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-696406

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3166 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : IBRAHIM Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 34 Rue Anoual, Hay Fana III

Route Ain Chkef FES

Tél. 0662 563042 Total des frais engagés : 890,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. TAZI MOHAMMED FADL

Professeur Agrégé En Urologie

Chirurgien Urologue

CHU Hassan II - Fès

Cadre du médecin

Date de consultation : 04/01/2024

Nom et prénom du malade : IBRAHIM Abdellatif

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

Nature de la maladie : LTB

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 : FES Le : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 :

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
04/10/14	C	1	30	Dr. TAZI MOHAMMED FADL Professeur de Urologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/14	58040

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.

Composition par comprimé:
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.
Aucune condition particulière de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV:147 DH 60



Composition par comprimé:
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.
Aucune condition particulière de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 147 DH 60



Composition par comprimé:
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.
Aucune condition particulière de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 147 DH 60

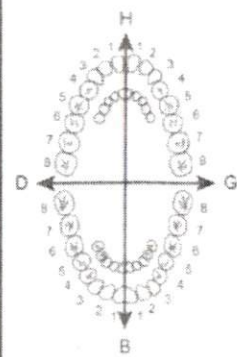


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00500000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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



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'EXECUTION

PPV: 147 DH 60



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

فاس في : 04/01/14

M^r IBRAHIMI
Abdelatif

Nx76+H
① Flohid SV

wy bs. p.4

580/14

PHARMACIE FARAH
Dr. YAHYA OUI RACHIDA
13 AV. IBRAHIM ATIR
LOI EL ARSA
TEL: 05 35 94 46 47
INPE: 14206
CLINIQUE NOUR
6, Rue Kacem Amine (A Coté Aclima)
Fès - Tél 0535 94 46 47 / 0535 94 64 48
Fax 05 35 94 46 48 - Gsm 06 61 09 96 06

Pr. TAZI MOHAMMED FADL
Professeur de l'enseignement Supérieur
Chirurgien Urologue
CHU Hassan II - Fès

Tél : 06 61 23 72 11

E-mail : tazifadl@yahoo.fr