

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007070

☐ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

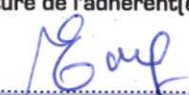
Matricule : 1278 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ENNASSIME ABDELLATIF
 Date de naissance : 03.10.49
 Adresse : HAF WAF A DE ROJA 712
 Tél. : 0693499867 Total des frais engagés : 885,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 24 / 11 / 2022
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HBP
 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 : DE ROJA Le : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

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
04/10/22	Cs	Cs	250-	Dr. EZADI Nabil Chirurgien Urologue-Analogue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 062108709	04/10/22	635,70217

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				CCEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td rowspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td rowspan="2">B</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552	G	00000000	00000000	D	00000000	B		35533411		11433553		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552	G																		
00000000	00000000																			
D	00000000	B																		
	35533411																			
	11433553																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZAIDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles. Éjaculation precoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدى نبيل

أخصائي في جراحة الكلي و البروستات
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية
- الضعف الجنسي و القذف السريع
- ختان الأطفال و التبول اللاإرادي
- حالات وجود الدم في البول
- الام واورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 04/10/2022

M. ENNASSIME ABDELLATIF

1) Coufflo 0,4 mg x 1/2 19 num
3x10970 3 mois

2) Perim'lon 160mg x 1/2 3 mois
2x 153/30

635,70 DH



الدكتور الزايدى نبيل
أخصائي في جراحة الكلي و البروستات
المسالك البولية و التناسلية
Chirurgien Urologue-Andrologue
40 شارع عبد الرحيم بوعبيد، الطابق الأول بجدة تيمسار
القرية إحدادية ابن خلدون - برشيد

40، شارع عبد الرحيم بوعبيد . الطابق الأول (قرب إحدادية ابن خلدون)

تجزة تيسير 2 - برشيد . الحاتف : 05 22 03 05 35

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556

PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

رهیدرات تامسولوزین

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556

