

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0007070

MUPRAS
RECEPTION

A 36782

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>1278</u>	Société : <u>R.A.M</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>ENNASSIME ABDELLATIF</u>		
Date de naissance : <u>03.10.49</u>		
Adresse : <u>HAFIZA WAFA DEROUA 7/2</u>		
Tél. : <u>0693499867</u>	Total des frais engagés :	<u>885,20</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/09/2019

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HBP

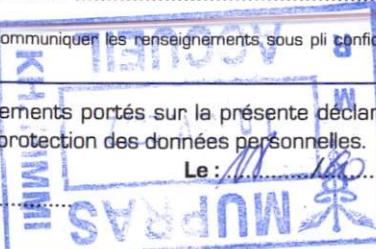
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

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.

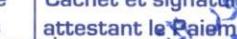
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DR BOUAFIA

Signature de l'adhérent(e) : Eouf



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
01/10/2022	Cs	Cs	250-	 Dr. EZAZI مختار عبد الله العزيز طبيب الأذن والحنجرة شارع عبد الرحمن مؤمنية قرية العصافير زرقة - العاشر من رمضان - مصر Tel: 01090000000 E-mail: dr.ezazi@outlook.com www.dr-ezazi.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/22	635,70 D.F.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

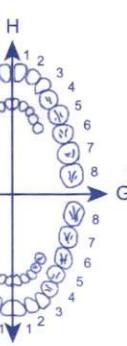
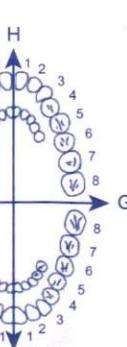
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELATION DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZALDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles. Éjaculation précoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدی نبيل

أخصائي في جراحة الكلي والبروستات
المسالك البولية والتناسلية

- عسر التبول والتقيحات البولية

- الصعف الجنسي والقذف السريع

- ختان الأطفال والتبول الإلارادي

- حالات وجود الدم في البول

- الالم وأورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 04/10/2022

Nr ENNASSIME

ABDELLATIF

1) Couthallo 0,4 mg +
3xNOS 75
3 mois.

75 75 75
1a nmb

2) Permiton 160mg x 1
2x 153,30
635,70 DDT
HOUDDA * PHARMACEUTIQUE
544 Lot El Meja
06 10 2020
Tunisie

75 75 75
3 mois.



الدكتور نبيل الزايدی
جراحة الكلى، البروستات،
المسالك البولية،
والجهاز التناسلي عند البولية
Chirurgien Urologue-Andrologue
ر. شارع عبد الرحيم بوعباد، الملاحة 1
الرباط، المملكة المغربية، 10070
هاتف: 0522 03 05 35

شارع عبد الرحيم بوعباد . الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)
تجزئة تيسير 2 - برشيد . الهاتف : 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

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale

6 118001 300556

PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale

6 118001 300556

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale

6 118001 300556

SUN
ARNAUD PHARMACEUTICALS