

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.

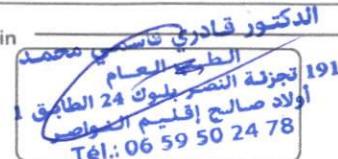
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : MS33	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NASR MOONA
Nom & Prénom : NASR MOONA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 00 67 37 93	Total des frais engagés :	Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  الدكتور ناصر مونا الطبيب العام ١٩١ تجزئة التصريحات ٢٤ الطارق أولاد صالح إقليم الصويرة Tel.: 06 59 50 24 78			
Date de consultation : 20/4/2012			
Nom et prénom du malade : NASR MOONA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Influenza			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie grippe			
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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
20/04/173	C		150	INP : <input type="text"/> الدكتور قادر قاسمي محمد الطبيب العام تجزئة الشارع طلوك 24 الطابق 1 اولاد صالح بن علي النواصي 50 24 78

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DRAGA HAL Hora Rib4 06/09/2011 09.20.650.11	20/09/2011	196,10

Dr. Kadiri Kasmi Mohamed

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casa



الدكتور قادری قاسمی محمد

الطب العام

خريج كلية الطب

و الصيدلة الدار البيضاء

ORDONNANCE

NASR NOUJNA

Nouaceur, le 20/04/2023

2590

1/ Novoclin 500



1 sach / 16 bars الملي

90,00

2/ Canflor



15 ml

100

26,00

3/ Acfol



1 p. 1,00 1 mls

196,80

092088962

DR. RAHAL Hajar
Nouaceur, Victoria City
post. S21-2014-171
00.64.21.83.38
05.20.630.111

الدكتور قادری قاسمی محمد
191 تجزئة النصر، بلوک 24، الطابق 1، أولاد صالح - إقليم nouaceur
أولاد صالح، إقليم nouaceur، 2014171
الطب العام
الهاتف (مستعجلات): 06 34 83 90 56 بريد إلكتروني: kadirikasmi440@gmail.com

الرقم 191 ، تجزئة النصر ، بلوک 24 ، الطابق 1 ، أولاد صالح - إقليم nouaceur

الهاتف (مستعجلات): 06 34 83 90 56 بريد إلكتروني: kadirikasmi440@gmail.com



Digitized by srujanika@gmail.com

12



LOT : 1310
PER : 12/24
PPV : 79,90 DH

ଶ୍ରୀ କଟ୍ଟମାନ

၁၇၄

• १००/२६ श्री

ମୁଖ୍ୟ ପରିକାଳିତିରେ

NOVOCLIN®

amoxicilline - acide clavulanique

500 mg/62,5 mg

Enfant

Poudre pour suspension buvable en sachet

CuraFlor® Sachets

LOT: 00550
PER: 09\2024
PPU: 90,00 DH

OL®

5mg

Comprimés

LOT: 14222005
PER: 03/2026
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale