

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

- 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.

M22- 0050979

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2321 Société : 164801

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUIJI MOHAMED

Date de naissance :

01-01-52

Adresse :

HAV BOUCHAZ

Tél. 0674280187 Total des frais engagés : 56.6.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Kribek FATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Douleur abdominale 12 JUIN 2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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
20/04/2023	Chirurgie	1		
				INPE : 14242380 N° : 59212300 Date : 2023-04-20 Signature : Dr. BIRK Lyon

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>pharmacie en ligne 15, Rue All the Way 91-810 05 36 82</i>	<i>20.04.23</i>	<i>566.40</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- طبيب سابق بمستشفيات كان بفرنسا
- طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط
- عضو بالجمعية الأوروبية للتنظير الداخلي

- Echographie
- Endoscopie
- Sphinctérotomie Biliaire (CPRE)
- EchoEndoscopie
- Ligature des VO
- Polypectomie et Mucosectomie
- Prothèses digestives et Biliaires
- Biopsies et Cytoponction
- Dilatation Endoscopique
- Proctologie
 - Instrumentale
 - Chirurgicale



Centre de Gastroentologie
et proctologie
Dr.Brahim AITBIHI
مركز الجهاز الهضمي
والكبد والبواسير
الدكتور ابراهيم ايت بيهي

Tanger, le:

20/04/2023

6 718001 082025
PPV: 155.80 DH
APROVASC 150mg/5mg B28
CP Pel: 155.80 DH
Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
4ème Etage N°38 - Tanger
Tél: 05 39 94 36 55

Kribech Fatima

$155.80 \times 3 = 467.40$

Aprovasc 150 mg : 1 cp matin, pendant 3 mois

99-

Aclav 1 g : 1 sachet matin et soir, pendant 6 jours

566.40

Dr. JIRARI Nada
Pharmacie MABROUKA
T 05 39 94 36 55

Dr. AIT BIHI Brahim
112 Av Mohammed V Rés. Redouane
4ème Etage N°38 - Tanger
Tél: 05 39 94 36 55

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel: 155.80 DH
PPV: 155.80 DH
6 118001 082025

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel: 155.80 DH
PPV: 155.80 DH
6 118001 082025

رقم 38، الطابق 4، اقامة رضوان 112 شارع محمد الخامس
فوق مقهى (Caesars Plaza) - طنجة

Fixe: 05 39 94 36 55 - Urgence: 06 82 35 34 71

Composition :

Amoxicilline 1 g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique 125 mg
(sous forme de clavulanate de potassium)

Excipient à effet notoire : Aspartam

التركيب 1 غ
أموكسيسلين (على شكل ثريهيدرات)
(على شكل كلاديشيلانيك 125 ملخ
(على شكل كلاديشيلانيك البوتاسيوم)
سواغ ذو تأثير معلوم : أسبيرتام

1	Matin	Midi	Soir
Durée			

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 12 sachets



6 118000 091684

ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Poudre pour suspension buvable en sachet

1g/125 mg

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

Voie orale

Boîte de **12** sachets

PHARMA5

LOT : 1456
PER : 01-25

P.P.V : 99DH00