

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.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAIBI Faical
 Date de naissance : 1949
 Adresse : lotissement Attardamonne
 Rue 6 N° 57 OUBFA
 Tél. : 0666 198568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 / 10 / 2023
 Nom et prénom du malade : Chraïbi Faical Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HBP
 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 : Casa Le : 18 / 10 / 23
 Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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
18/10/23	CS		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/10/23	337,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

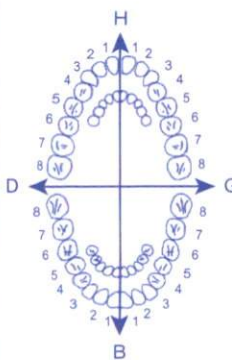
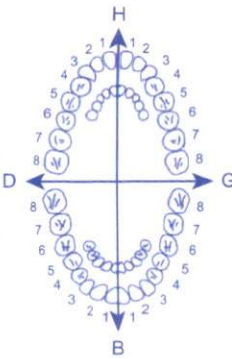
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casa le 18/10/23

Mr/Mme Chraïbi Faïçal

43,50

1°/ Mycoster 

2°/ Tamoxulone 

18/10/23 1 gel / j le soir x 3 mois

337,50

صيدلية صوفيا
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim Ep. Slaoui
214, 3d. Ib. Sina - CASA
Tél: 0522 36 01 64

Cachet du médecin


Dr. Mohamed Amel
Docteur en médecine

الوجبات / REPAS	المساء / SOIR	الزوال / MIDI	الصباح / MATIN
الوجبات / REPAS	المساء / SOIR	الزوال / MIDI	الصباح / MATIN
الوجبات / REPAS	المساء / SOIR	الزوال / MIDI	الصباح / MATIN
الوجبات / REPAS	المساء / SOIR	الزوال / MIDI	الصباح / MATIN

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
LOT : 22E006
PER.: 08 2024
6 118000 062257

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
LOT : 22E006
R.: 08 2024
6 118000 062257

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste
ا تصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة

المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste
ا تصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة

تامسولوزين وين® ت.ب.
كلور هيدرات تامسولوزين
0,4 ملغ

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

عن طريق الفم

تامسولوزين
كلور هيدرات

30 كبسولة

عن طريق الفم

تاسولولون و تاسولولون

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة ا

PER.: 02 2025

LOT: 22E005

TAMSOLOSINE WIN LP

0,4MG GELU B30

P.P.V.:98DH00

6" 118000"062257

062257

POSOLOGIE / المقادير - HORAIRES / المواقيت

MATIN / الصباح

MIDI / الزوال

SOIR / المساء

الوجبات / REPAS

3119

Solution :

MYCOS

Cassidy

er industri

km 10, re

W

Plan

Dis-

اسماء بنت ابی بکر

JUDAS

Life attentiveness

ବିଜ୍ଞାନୀ । ଶ୍ରୀମତୀ

Tenir hors de la portée

43, 10