

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20005

Société : R.A.M NP

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ACOUKII EL mostafa NBB

Date de naissance : 27 mars 1951

Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : 06 66 96 22 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phisioliste et Allergologue
Résidencia F. Radous, GH20A
RDC - CAEADLANCA
Tél : 05 22 88 02 02

Date de consultation : 24/11/2023 Nom et prénom du malade : A GOUMITIA YEMENE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-056190

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
24/11/23	C	2	250.00	Dr. AMRANI HENCHI SAÏD Pneumo Chirurgien et Radiologue Résidence Firdaus GH25A RDC - CASABLANCA Tél : 05 22 89 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
IPB.092030265	24/11/23	672.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

الدكتورة أماني حنفي سعيدة

Pneuma- phtisiologue

Maladies Respiratoires et Allergiques
nite, Tuberculose
et Enfants

CHU Ibn Rochd
ulay Youssef



اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسى
الضيق، داء السل
كبار وأطفال

طيبة سابقة بالمستشفى الجامعى ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف

63,20

63,20

nca, le

24. 11. 2023

ضاء، في



Algérie

Yemen

63,20

①

Bonnes et bonnes

63,20

220,00

12

②

63,20

Les deux a l'heure de la sur.

③

672,80

Stable

18 j

2er

fin

2 fin

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-phtisiologue et Allergologue
Résidence FIRAOUS, GH25A
Tél: 05 22 89 02 02

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-phtisiologue et Allergologue
Résidence FIRAOUS, GH25A
Tél: 05 22 89 02 02

05 22 89 02 02 - الطابق السادس - المدار 25 - الهاتف :
Boulevard oum Rabii, Résidence FIRAOUS, Groupe H25A, Rez de chau

RONIPLAST® 10mg
30 comprimés pelliculés
Voie orale



PPV: 210DH00

PPV: 210DH00