

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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

N° W19-584109

47685

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 7189	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : 27 MAJ 64 BIAR ABDELKLEM		
Date de naissance : TASSIR 2 Rue Mohamed Tidane		
Adresse : XV 31 BERRECHID		
Tél. : 06 26 65 91 99	Total des frais engagés : 409,60 DHS	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 02/11/20		
Nom et prénom du malade : GHATTAB HAFSA		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **17 NOV. 2020**

ACCUEIL

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
02/11/2020	C.S	C.S	- 200 -	INP : 0614393949 Dr. EZATI NABIL Dentiste - Chirurgien Dentiste - Prostéto-Andrologue Union Ligue Andrologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RACHIDI CHBANY Zouhour Docteur en Pharmacie 19, Bd. Rachidie Tel.: 0554 42 42 42	02/11/2020	159,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession



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 prostatique
Rétention d'urine • Infections urinaires
Dysfonction érectile • éjaculation précoce
Enurésie • Circoncision • Hématurie
Douleurs testiculaires

الدكتور الزايدى نبيل

أخصائى في جراحة الكلى والبروستات
المسالك البولية والتناسلية

- عسر البول و التقيحات البولية
- الضعف الجنسي و القذف السريع
- ختان الأطفال و التبول اللاارادى
- حالات وجود الدم في البول
- آلام وأورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid, le:

02/11/2020

Mme GHATTAS HABIBA

1) Ballony / 2cps x 3

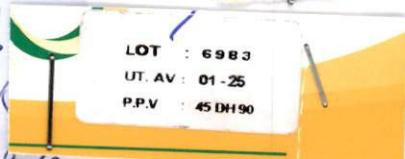
S.V.

2) Trituthine 150mg

S.V. x 10 jrs.

3) Musfen 80 mg

x 2/3 S.V.



Pharmacie RACHIDI
OHBANY Zouhour
Docteur en Pharmacie
19 Bd Rachidi
1060 0664 49 55 17
155 60

الدكتور الزايدى نبيل
جراحة الكلى، البروستات، المسالك البولية، التناسلية
Chirurgien Urologue-Andrologue
مشفى عصبة البروجي، طانطان - الدار البيضاء - المغرب
أبواب مغلقة، باب شباب، باب نسوان، باب طلاق، باب تغذية، باب طلاق، باب نسوان، باب طلاق

40، شارع عبدالرحيم بوعييد - الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون) تجزئة تيسير 2 - برشيد

الهاتف : 05 22 03 05 35