

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES RÉMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

48179

Déclaration de Maladie : № P19-0018511

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1221 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BROJI MOSTADIN Date de naissance :

Adresse :

172 BD MOULAY TANGIER

Tél. :

0671 343106 Total des frais engagés : 627,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 : Tanger

Le : 10/11/2020

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 Recouvrement des Actes
12.11.22	Consultation	1	10000	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

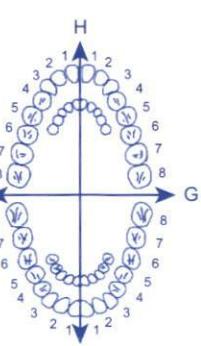
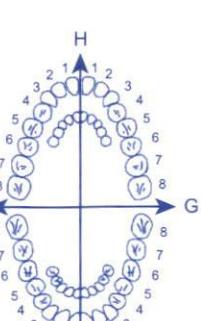
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 COEFFICIENT - MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hasna ETAOUIL

Spécialiste

Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition

(Goitre - Obésité - Cholestérol)

الدكتورة حسناء الطويل

اختصاصية في أمراض الغدد

السكري والتغذية

أمراض الغدد، الغدة الدرقية، السمنة،

الكوليستيرون

Tanger, le : 10.11.20 طنجة في :

Mustapha el Braqi

- Diamicron 60

78,70

2 - 6



الدواء
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr Benjelloun Jaoufik
18 BOULEVARD MOHAMED V
TELE 39946910
TANGER

437,00

- Janumet 10/100 دهون

0 - 1 - 0



- Glucophage 1000

28004

112,00

0 -



Dr H. ET AOUUIL
Endocrinologue
Av. de Lafayette n°21 - Tanger
1er étage - Tel: 05 39 94 37 22
X3MT

14, Av Lafayette . Résidence Continental
1er Etage N°21 - Tanger -

05 39 94 37 22

627,70

14 شارع لافاييت . إقامة كنتننط
الطابق الأول رقم 21 - طنجة -

LOT 191908
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

LOT 200168
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

78,70

242600060-02

28,00

LOT 200409
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés
ISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00



PHARMACIE AL ANDALOUS

Benjelloun TAOUIFIQ

Page : 1

FACTURE

Client :

MUSTAPHA EL BROJI

N° FACTURE : 190459

Date : 10/11/2020

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
GLUCOPHAGE 1000MG/10COMP	4	28.00	112.00
DIAMICRON 60MG/60COMP	1	78.70	78.70
JANUMET 50MG/1000MG 56COMP	1	437.00	437.00

Julien Al Andalous
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr Benjelloun Taoufik
118, BOULEVARD MOHAMED V
TEL: 05 39 94 69 10
TANGER

Total TTC = 627.70

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SIX CENT-VINGT-SEPT DIRHAMS 70 CTS