

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.

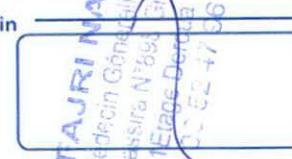
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-426395

ND: 18848

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11770			
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Ayoubi Nour Ag. Zealdine			
Date de naissance : 10/01/1984			
Adresse : Habib Bourguiba			
Tél. : 0661586597 Total des frais engagés : 10.116,30 / S. 332,30 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 DR AYOUBI NOUR <i>Medecin Generaliste</i> <i>Centre de Santé</i> <i>El Jadida</i>			
Date de consultation : 30 JAN 2020			
Nom et prénom du malade : Ayoubi Nour			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <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 confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : 09/01/2020 à Subira Le 30/01/2020			
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEILLIE			

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
21/01/18	C	120DH	INP : 061121178874 AJFIN Ajouz Comptabilité Group Serouia 179646	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.12.19	212,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000			B	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS []
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	00000000																		
	B	35533411	11433553																
	B																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur Nawal FAJRI

Diplômée De la Faculté De Médecine Et
De Pharmacie De Casablanca
Médecine Générale, Echographie
Diplômée En Diabétologie De la Faculté De
Bordeaux



الدكتورة نوال فجري

حرirجية كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
الطبيب العام، الفحص بالصدى
جدة داء السكري من
رساسا

PPV: 68DH00
PER: 10-22
LOT: I 2313

Deroua, le 13/12/15

ORDONNANCE

Mouni R

Ay A

68x2

1) Zamoxx 500 mg

PPV: 68DH00
PER: 10-22
LOT: I 2313

42.00

2) Predil 50 mg

PDT

18.50

3, Rhinathiol 125 ml

PREDNI 20 mg

20 comprimés effervescents sécables

6 118000 041122

RHINATHIOL 2% ENF
SIROP FL 125 ML

LOT: 9 MA0432
PER: 11/2021
P.P.V: 18DH50

6 118000 061434

Doliprane 500 mg

PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

6 118000 040354

15,80

تجزئة المسيرة رقم 898 مجموعة 2 الطابق الأول- الدروة
Lotissement EL-MASSIRA N°898 Groupe H2 1^{er} Etage- Deroua

■ : 0547 02 66 09 / 0652 - 47 - 96 - 46

LOT N°:
UT. AV:
PPV:

42,00