

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 :

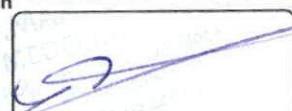
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 23655	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	550	Société :	RMT
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ABDI NY ABDELLAIZ			
Date de naissance : 20/4/63			
Adresse : AGADIR NY AL HUDA			
Tél. : 0666122487	Total des frais engagés : ----- Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	19/10/2020
Nom et prénom du malade :	EL ABDI ABDELLAH
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Fracture de la jambe suite à chute
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	04 MARS 2020
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 : 19/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

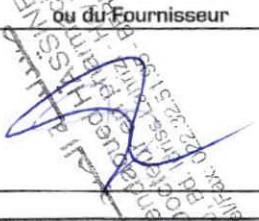
Le : 17/11/2020

ACCUEIL

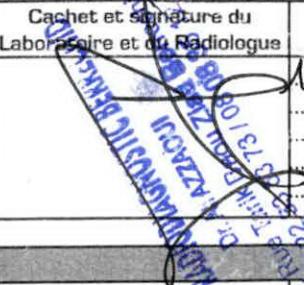
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/02/20	CSA	120,00		INP : 0612366K01 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/20	189,70

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/02/20	24	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

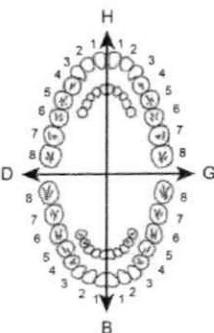
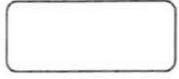
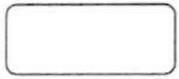
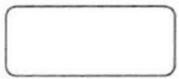
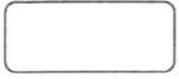
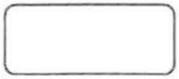
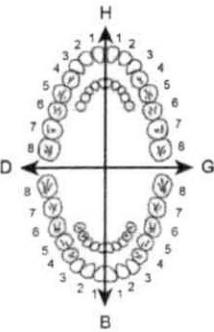
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 :												
				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 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 					H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433562														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Echographie

Électrocardiogramme

Hypertension Arterielle - Diabète



الفحص بالصدرى

التخطيط الكهربائي للقلب

الضغط الدموي و السكري

Ordonnance

CLABDI ABDELAZIZ

Le: 19/02/2020

- | | | |
|---------------------|--------|------------|
| 1) Nefsal 7,5 mg po | 54,60 | 140 x 25 |
| 2) Reb dol 500mg po | 53,10 | 140 x 315 |
| 3) Cedol 40 | 22,00 | 140 x 315 |
| 4) Voltaren gel | 60/100 | 1400 x 415 |

~~صيدلية حسيمة~~
Bendaoud Hay Erriha
Docteur Dr. Lahcen Hay ERRECHID
320 Bd. Irada Laâyoune - BERRECHID
Tel/Fax: 022.32.51.55 - Tel/Fax:

54,60

22,00

LOT: M0353
EXP: MAI 2022
PPV: 60,00 DH

رولاكسول® 500 ملغم/2 ملغم

بإذن استهلاك أثيوبياً لشيكوزيد

أقراص ي仅供 هذا الدواء لفرقة إصلاحية
لمريضاته بالسلامة وبشكل للمسـ

اطر نهاية الفترة وكيفية تـ

يـ بـعـدـ اـتـهـامـهـ لـهـ اـسـمـهـ

ـ بـعـدـ اـتـهـامـهـ لـهـ اـسـمـهـ

طر المطران، نهر الموسى الراكي، وله يحيى على المطر، يسب العرش
الطيب [إذ أدى المربي موالاته].

سوف يجري الطيب عن كل الدليل المرتبط ببعض العمل والمخاطر للمنتـ

لحد مدة العاج في أيام حاتمة.

ظل العرج في الأرجح يوماً ينفق من عدم التبول أحياناً حتى يعلـ

بنـتـ الـبـطـيـبـ،ـ إـلـيـهـ دـيـنـهـ،ـ فـيـ مـلـكـهـ،ـ

ـ بـعـدـ اـتـهـامـهـ لـهـ اـسـمـهـ

.



Echographie

الفحص بالصدى

Electrocardiogramme

التخطيط الكهربائي للقلب

Hypertension Arterielle - Diabète

الضغط الدموي و السكري

Ordonnance

Le : 19/02/2022

ABDELAZIZ ABDI

-1) Rx jambe gauche
F+P

-2) Rx pied droit

Centre de Radiodiagnostic Berrechid
Dr. A. AZZAOUI
Tél : 06 23 33 65 73 / 06 08 35 12 61
36-38, Rue Tariq Drouz Zerktou Berrechid

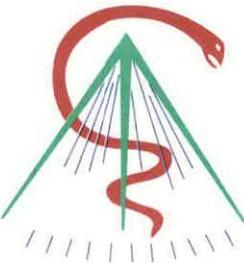
مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTERE DE RADIÖDIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

اختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعة بمونبولي

Berrechid, le : برشيد، في :

19 FEV. 2020

Nom et Prénom : MY ABDELLAAZIZ EL ABDI

Examen Pratiqué : pied droit f/p+ jambe gauche f/p

Médecin demandeur : Dr MAAROUFI

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez.

COMPTE RENDU :

Pied droit f/p

- Pas de fracture décelable

Jambe gauche f/p

- Pas de fracture décelable

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOUI

CENTRE DE RADIÖDIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. A. AZZAoui
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

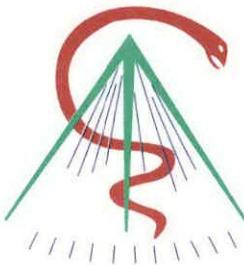
مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTERE DE RADIÖDIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

اختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفيات
الجامعة بمونبولي

Berrechid, le : برشيد، في :

19 FEV. 2020

Facture B010 /2020

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Radiologique : Rx pied droit f/p + jambe gauche f/p

Nom et Prénom : MY ABDELLAAZIZ EL ABDI

Pour la somme de 400 ,00DH

Quatre Cents dirhams

Signé : Dr. A.AZZAOUI

Centre de Radiodiagnostic Berrechid
Dr. A. AZZAoui
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36 زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64