

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-458649

ND: 27657

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8518	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR			
Date de naissance : 1951			
Adresse : 4, RUE GAFAIT OUJDA 60 000			
Tél. : 0661604692	Total des frais engagés : 1480,30	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Docteur Ahmad TOUZANI Médecine Générale Médecine de Sport du Médecin - OUJDA Hay Rjallah - 26 70 03 70 </div>		
Date de consultation :	12/5 Fevr 2020		
Nom et prénom du malade :	LÉCHÉMAIS NAJAT Age: 61		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	célguathie		
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 : 1/1/2020

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-458649
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
13 Fév 2015	Consultation	0.1	150 DT	INP : 18109728 Docteur Ahmad TOUZANI Médecine Générale du Médicin de Sport Hay Riaffah - JEDDA Tél: 05 46 70 33 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et date	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, a

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<input checked="" type="checkbox"/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتور أحمد التوزاني

الطب العام

كلية الطب و الصيدلة بالرباط

دبلوم جامعي في الطب الرياضي

جامعة رين 1 - فرنسا

الفحص بالصدى

الفحص الطبي لنيل رخصة السيارة

OUJDA Le, 25/02/2020

ORDONNANCE

Patiene : LECHEHAB NAJAT (61 ANS)

3580

1 - ALPRAZ COMPRIME À 0.5 MG

- 1/2 comprimé, 2 fois / jour, pendant 1 mois, (le soir au coucher)

8700

2 - ALIVIAR GELULE À 50 MG

- 1 gélule, 2 fois / jour, pendant 1 mois, (avt repas)

2900

3 - NAUSELIUM (SIROP)

- 1 , 3 fois / jour, pendant 5 jours, (avt repas)

4590

4 - TRIMEDAT SACHETS À 150 MG (1 BOITE 20 SACHET)

- 1 sachet, 3 fois / jour, pendant 15 jours, (avant repas)

2900

5 - OROXYL SPRAY BUCCAL

- 1 pulvairisation, 4 fois / jour, pendant 10 jours,

6 - RANCIFEX 20

- 1 cp, 1 fois / jour, pendant 14 jourss, (matin avt repas)

11320

Dr. Ahmed TOUZANI
Médecine Générale
du Médecine de Sport
Hay Rjafiah - OUJDA
Téléphone : 05.36.70.83.70

الموعد القادم : 11 مارس 2020 Prochain RDV le : 11 mars 2020

حي الرجاء في الله، طريق الجزائر، عمارة قيسى، الطابق الثاني (قبالة الحي الصناعي) - وجدة
الهاتف : 05.36.70.83.70

27,00

L 11100000044
S 322114
P 12 : 27.000.4

LOT : 2430
UT. AV : 12-22
P.P.V : 45 DH 90

29,00

Flacon de 200 ml
Suspension buvable

LOT 192012
EXP 09 2022
P.P.V **35,70** 35.70