

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS 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.

ptique :

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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12890 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : HAMOAOUI ZED

Date de naissance : 22/11/61 48

Adresse : HAY HANZA N° 94 DELOUZA DELOUZA

Tél. : 07 660 41 726 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin Dr. Djalil MOUNIR

Médecine générale
دكتور جلال مونير
الطبقة الأولى
نحوه التجاوز رقم 39
Anajah N° 39 1er Etage - Dernier
05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/07/2017

Nom et prénom du malade : CHAJI

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Poli

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R ACCEUIL

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 :

Le :

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 Paiement des Actes
22.07.21			120.000	Dr. DHL MOUNIR Médecine générale ل.م 39 الطابق الأول - السرا
26.07.21			50.000	Lot. Anajah N° 39 1er Et Dr. DHL MOUNIR 51 47.87 08 3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CITE</i> Tél. 05 22 51 47 07 94160 SAINT DENIS	12.07.21	883,30
	26.07.21	73,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

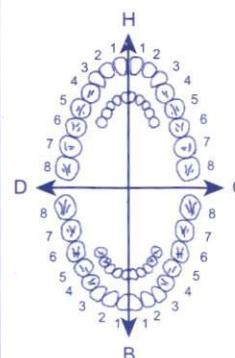
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Dilal MOUNIR

Médecine générale

- Echographie
 - ECG
 - Suivi de grossesse
 - HTA - Diabète
 - Médecine de travail



د. ظلال منیر

الطب العام

- الفحص بالصدى
 - التخطيط الكهربائي للقلب
 - تتبع الحمل
 - أمراض الضغط الدموي والسكري
 - طب الشغل

1 end-07-22

One chaji Pine.

95.00

2) Dodes keny gel! **S.V.**
2 gely

98.80

2) Negation

so 16

۲۸۷

89,10

3) A pixel spray.

15

883.30

~~14-05-22 51 ADK7~~
mm. 94, loi NAI - ADDEROURA
Dr. Saad BEN ALLOUN

r. DILAL MOUNIR
docteur général

الطب انعام - الدرر - الطلاق الأول - رقم ٣٩ - نبذة عن الزواج

تعرّف على التاج ~~النحاس~~
01. Anajah N° 39 1er Etage - Dibroua
05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

الهاتف: 05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

جزء النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة

NEOFORTAN® 160 mg

PPU 98DH80
EXP 12/2023
LOT 00142-4

LOT: GI00066-2
PER: 11-2022
PRV: 95,000DH



8 032578 47967

LOT 20050
2023/09
PPC : 89,50 DH

12 JULY 1947 FINNISH MAIL 2
100% REVENGE against 99
12 JULY 1947 FINNISH MAIL 2
100% REVENGE against 99
12 JULY 1947 FINNISH MAIL 2
100% REVENGE against 99

Dr. Dilal MOUNIR

Médecine générale

- Echographie
- E C G
- Suivi de grossesse
- H T A - Diabète
- Médecine de travail



د. ظلال منير

الطب العام

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- تتبع الحمل
- أمراض الضغط الدموي والسكري
- طب الشغل

26-07-2022

chejji Nine

S.V

73.80

1) - Ixer 20 mg -

mm. 94, lot N° 101101
Tél: 05 22 31 47 07
LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad DEROUA

mm. 94, lot N° 101101
Tél: 05 22 31 47 07
LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad DEROUA



Dilal MOUNIR
Médecine générale

د. ظلال منير
الطب العام

نهرة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الـ 1^م
N° 39 1^م Etage - Deroua
: 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

الهاتف: 09 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة