

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 |

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3554	Société :	R A M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Aboubakr MESSIDI OUBI			
Date de naissance : 01-01-52			
Adresse : 27, R. Moudabnoujbal, lot. Alwanda Hay Mohammadi - Oujda -			
Tél. : 06 62 170 276	Total des frais engagés : DH 753,30		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr DRISS K. Hassan	
Date de consultation : 15 SEP 2021	
Nom et prénom du malade : Négloubi Ghadis	
Age: 65	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : H.A et dyslipidémie	
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'adjudicant conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Oujda Le : 28/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

M. A.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Al Kastr Pharmacie AL Kastr El Koutoubia Al Kastr en Pharmacie 06 36 52 44 90 082 006 111	15/09/2021	453.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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

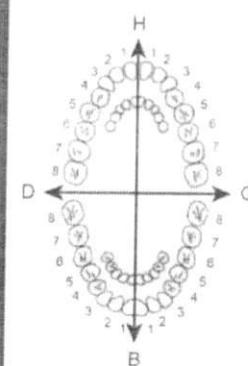
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

D.M. W21-653984

Dr. Hassan DRISSI KAMILI

Spécialiste

des maladies cardio-vasculaires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Fès

118001 101146

LODOZ 2,5mg B30

PPV: 59,10 DH

78621601

" 118001 " 101146 "

LODOZ 2,5mg B30

PPV: 59,10 DH

78621601

دبلوم اكاديمية القلب بجام

ل : 15/09/2021

15 SEPT 2021

" 118001 " 101146 "

LODOZ 2,5mg B30

PPV: 59,10 DH

78621601

PPC: 49,00 DH

LOT: CBO 1863

EXP: 09/2022

78621601

22,70

SUPRADYNE , Comp. eff. : 1 comp. par jour

RINOMICINE , Sachet : 1 sch 3 fois par jour (1 boite)

HEXPNEUMINE Sirop ADULTE : 1 càs 3 fois par jour

453,30

Docteur Hassan DRISSI KAMILI

AMM N° : 271/98DM

P.P.V. : 27,00 DH

Dr DRISSI H. Hassan
دكتور حسن
Cardiologue
Rue M. Ahmed Lagrari, Imm. Mounia 1er ét.



141147041

Prochain Rendez-vous

شارع مولاي أحمد لكراري عمارة مونية الطابق الأول - وجدة
Rue Mly Ahmed Lagrari, Imm Mounia 1er étage - OUJDA
الهاتف 05 36 70 87 60