

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 constat 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

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

Déclaration de Maladie

Nº W21-634786

122237

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 6592

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDELKARIM

Abdel latif

Date de naissance :

10/18/1961

Adresse :

Angle Ibn talfin ET Ned IV 3^e étage

App 147 Tanger

06.59.55.39.57

Dhs

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04.07.2022

Age:

Nom et prénom du malade :

ABDELKARIM ABDEL LATIF

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dental abdominal

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 :

Le : 04.07.2022

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 |
| 04/07/2022 | | CDR. 100% 300 | 300 | IN 161839710 Dr. MOHAMMED EL HASSAN TANDEM - TANGER Tel: 05 29 94 30 85 IN 161239710 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>PHARMACIE Boulevard Moham TANGER</i> | 4/07/22 | 2321.80 |

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|---------------------------------|-----|
| Cachet et signature du Particien | 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.

| | |
|--|---|
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXÉCUTION | |
| FIN D'EXÉCUTION | |
| DETERRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | |
| H | 25533412 21433552 00000000 00000000 |
| D | 00000000 00000000 35533411 11433553 |
| G | |
| B | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXÉCUTION | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION |

- طبيب سابق بمستشفيات كان بفرنسا
- طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط
- عضو الجمعية الأوروبية للتنظير الداخلي

Centre de Gastroentologie et proctologie Dr.Brahim AITBIHI
مركز الجهاز الهضمي والكبد والبواسير
الدكتور ابراهيم ايت بيهي



Tanger, le: 04/07/2022 طنجة، في:

Abdellatif Abdelkrim

- Echographie
- Endoscopie
- Sphinctérotomie Biliaire (CPRE)
- EchoEndoscopie
- Ligature des YO
- Polypectomie et Mucosectomie
- Prothèses digestives et Biliaires
- Biopsies et Cytoponction
- Dilatation Endoscopique
- Proctologie
 - Instrumentale
 - Chirurgicale

PPV: 52DH80
 PER: 04/24
 LTD: K2832-2



~~79.50 + 2
 154.80
 21.00~~
 Carbosorb : 2 cp matin et soir (à distance des autres médicaments), pendant 20 jours

~~52.80
 153.30
 232.80~~
 Nuravit sirop : 1 cuillère à café (1 Boite)

Prazol 20 mg : 1 gélule matin, po

Lot: 1
 À consommer de préférence avant le: 210775
 10/2026
 PPC: 79,50 DH

Lot:
 À consommer de préférence avant le:
 210775
 10/2026
 PPC: 79,50 DH

Nuravit

S'attentivement la notice avant utilisation n' pas laisser à la portée des enfants

Nuravit sirop flacon 125ml



6 118000 090526

AMM : 133 DMP/21

Laboratoires Pharma 5

SAE Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
 LAHOU FILALI - Pharmacien Responsable

اقامة رضوان 112 شارع محمد الخامس
 تھن (Caezars Plaza) - طنجة

Fixe: 05 39 94 36 55 - Urgence: