

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-691222

NE 3554

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2016</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>OUAZZANI CHAHDI M. S.</u>			
Date de naissance : <u>1950</u>			
Adresse : <u>Route Magala Rue JIH 24 N° 63 H. Hassani CASA</u>			
Tél. : <u>0664973858</u>	Total des frais engagés :	<u>140,60</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

Imm. 1

Nom et prénom du malade :

OUAZZANI CHAHDI MOHAMMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture + tendinite

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) :



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
01/06/2000 24/06/2000	C JAD	0	INP : INPE : 061184479	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZINEB BEN AYOUB 117436 Bouznika	24/06/2000	18310 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

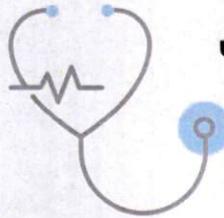
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ARRABIK SARL AU
RENARD ZINIEB
TÉL. 06 22 19 73 46
ROUTE DE LA ROUILLERIE
94400 BOISSY-SAINTE-VERGNE
Tél. 01 39 32 43 36

MARMACHE *pracownia skórek*
ZIELNIAD (DAZ) S.A.
ul. 23 Stycznia 11
tel. 062 11 12 73
e-mail: zielnad@scenika.com.pl
tel: 07 67 11 74 36

*Dr KATANE Fedoua Manal
médecin généraliste*



دكتورة كاتن فدوی منال
طبيبة عامة

Ordonnance

Date :.....

Organiche di Mohamed

9080

Staphylococcus

469 gel + 3 fl

Acknowledgments

£5.00

Beta DING

31,601 at. x 27/170

Paraffine 1%

436

34701
97-
Bryant
97-12-12-V

53 x 10 gl. abf
Télé-vidéos

05.37.64.92.9
EN ADA DA ZINEB
REF: 2111273
© Lat BIAD

Lot. RIAD
Al Veroud, Bouznika
07 07 11 74 36

05.37.64.92.92



fedouakata

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46.90 DH SOTHEMA

6118001 070015

PROFENID 2,5%
GEL T60G
P.P.V :34DH40

PER.03/2024

6 118000 060550

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 53DH10

ORDONNANCE

PHARMACIE ARRABIA S.A.
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika
Tél.: 07 07 11 74 36

24/06/2022

M. Duggain chahdi Mohamed,

D) 10,70 ~~Perfex 1,2 ml~~ 10,70

D) 13,80 ~~Agout Collerant~~ 13,80

~~Lafix + Effic 2ts~~

24,50

PHARMACIE ARRABIA S.A.
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika
Tél.: 07 07 11 74 36

DR. KATANE Fadoua Manai
Médecin Généraliste
Tél: 0537 4692 92
Lor. Riad Essalam 1,
Imm. 1 GH, Appart. 6 - Bouznika

