

# 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7649

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BouslBLAH RACHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668783299

Total des frais engagés :

410,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR.NAGUI SOUAL  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE  
35 Résidence Ziri 2 étage m: 3  
Tél : 05 39 32 26 29

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/2012

Nom et prénom du malade : Saïf Kamine

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : stite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



#### **BELEVE 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
01/01/2021	S		25000	DR. NAGUI SOUDI OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 25 Résidence Zin 2 étage m: 5 Tél : 05 38 32 26 29

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18-22	 110.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

د. الناكيي سعاد  
Dr Souad NAGUI



طبيبة أخصائية في أمراض وجراحة  
الأذن والأ الأنف والحنجرة  
خريجة كلية الطب بناسسي - فرنسا

Médecin ORL.

Laureat de la faculté de médecine de Nancy - France

# ORDONNANCE

2013.28

Safi Kammia

32,90

1) Exodur 1S

85,80

six gélules

2) Flosomu

42,00

3) Predur

34 g



PPV 85DH80  
LOT 15010 2  
EXP 06/2023

FLOXAM®

Flucloxacilline  
**500 mg**  
16 gélules Voie orale

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

42,00



Dr. NAGUI  
OTO-RHINO-LARYNGE  
35 Résidence Ziri 2 étage  
Tel : 05 39 32 26 70

إقامة زيري الطابق الثاني رقم 35  
شارع مولاي يوسف - زنقة ابن خوزيمة  
قرب بنك "BMCI" أمام صيدلية أريحة - طنجة

35, résidence Ziri - 2ème étage numero 5  
rue Ibn Khouzima "près du BMCI"  
Rendez-vous : + 212 5 39 32 26 29