

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7761 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAQOUTI LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 13 62 76 14 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Y A Qouti Latifa Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lens

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 : Kenitra

Le : 23/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hongraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/03/2011	Cardiologie	Dr. J. S. Sourahin 447 av. de la Paix, Paris 75011 Tél. : 01 33 32 00 60 INPE : 01 33 32 00 60	1	Dr. J. S. Sourahin 447 av. de la Paix, Paris 75011 Tél. : 05 31 27 11 40 INPE : 05 31 27 11 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MAMMORA</i> <i>LE 20/01/92</i>	22/9/92	669,32

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur SOURAT Abderrahim
 SPECIALISTE DES MALADIES
 DU COEUR ET VAISSEAUX
 CATHETERISEUR
 EX .Attaché au service de
 Cardiologie CHU IBN SINA-RABAT



الدكتور سورات عبد الرحيم
 اختصاصي في امراض القلب والشرايين
 اختصاصي في القسطرة
 طبيب سابق بمصلحة القلب والشرايين
 بالمركز الجامعي ابن سينا بالرباط

Sur Rendez-vous

Kénitra, le.....

بالميعاد

12 - 9 - 22



M.R. 603 4 A demain
 379,87
 633 x 6 TRISTAN D'OLER
 191,20 1-4 1 kg
 9760 x 2 Curatine 2
 1-7 1 kg
 5630 D envir four
 1 dose 115
 38,20 Nefzen 1 kg
 1-4 1 kg



447, شارع محمد الخامس، الفقيطرة - هاتف/ فاكس العيادة: 0537376060

447. Av Mohamed V-Kénitra -Tél./Fax Cabinet: 0537376060 - Email: souratabderrahim@gmail.com

ICE 001756977000053 - INPE 051130995

669,70

temperature ambiante (entre 15 °C et 30 °C).

Tritazide® 10mg/25mg



63,30

10004 04/14



63,30

10004 04/14



63,30

10004 04/14



63,30



63,30

Tritazide® 10mg/25mg

PPV: 97DH60
PER: 06/24
LOT: L2235-2



1118000 041733

PPV: 56,30 DH
LOT: 21K21D
EXP: 11/2023

PPV: 97DH60
PER: 06/24
LOT: L2235-2

D-CURE® AMPOULE

6 1118001 320080



EGEN® 20 mg
ules



381,00