

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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	10339	Société :	QAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		LAIGZACHLI - Mohammed	
Date de naissance :		10.03.1961	
Adresse :		82 Avenue Abderrahmane es-Saffar	Berrechid
EM : 20		Layali 5	
Tél. :		06.71.34.17.5	Total des frais engagés : 492,72 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mustapha EL AZOUI
Professeur Neurochirurgie au C.H.U
Membre Permanent au Congrès Américain
de Neurochirurgie
Résidence Royale 8, Av. Moulay Slimane
Rabat - Tél. : 0537 73 37 50 / 51

INP : 101047983

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/12/22

Nom et prénom du malade : Quarouani Jallila Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Berrechid

Le : 08/12/2022

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
08/12/82		3	300,	Docteur Mustapha EL BOUAFI Professeur Neurochirurgie au CHU Américain Membre Permanent au Comité National de Neurochirurgie Résidence Royale 8, Av. Moulay Slimane Tél.: 0537 73 37 50 / 51
				101047983

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MANSOURI Dr. Mohamed EL MOUARI 20, Bd. A. K. S. R. 1001 Tunis - Tunisie Tél: 05 22 32 65 10	28/12/22	190,70

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

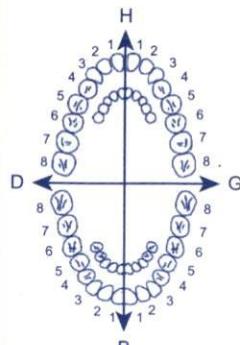
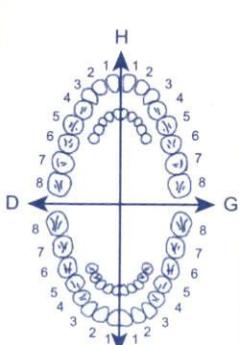
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha EL AZOUI

Professeur de Neurochirurgie, Spécialiste des Maladies et de la chirurgie du système nerveux et de la colonne vertébrale, Membre permanent du Congrès Américain de Neurochirurgie



الدكتور مصطفى العزوزي

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب،
إختصاسي في أمراض وجراحة الجهاز العصبي
والعمود الفقري، عضو دائم بالكونجرس
الأمريكي لجراحة الدماغ والعمود الفقري

8-12-22.

J. Gurovian, Melike

37100

x 2

Duo x 6 (cp)

63,90

$$\text{up } 3 \times 1, -20)$$

Biprofen 100.

1 yl; mif - 15

52,80

~~190,70~~ 000.00
- 001.00

11; de metris 13
14

~~ulma 31. Iulie
Pharmacie AL RISAN
S. Dr. Stefanulescu nr. 100
Bucuresti, jud. Bucuresti~~

Docteur Mustapha EL AZOUI
Professeur Neurochirurgie au C.H.U
Membre Permanent du Congrès Américain
de Neurochirurgie
Résidence Royale 8, Av. Moulay Slimane Rabat
Tel.: 0537.73.37.50/51

الإقامة الملكية- 8، شارع مولاي سليمان (مقابل لولاية الرباط - سلا)، الهاتف : 05 37 73 37 50
Residence Royale - 8, Av. Moulay Slimane, (en face de la wilaya de Rabat-Salé)
Tél : 05 37 73 37 50 - Urgence : 06 61 14 37 27- Email: elazouzi111@gmail.com



LOT 21149
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

OEDES 20mg
14 gélules



Bi-profenid LP 100 mg
20 Comprimés sécables



83,90