

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 : 2437 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN DAOU DEL BEKKAI

Date de naissance : 21-7-1958

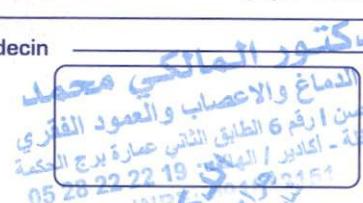
Adresse : RUE 562 N° 01 TRAST

i N° 26 A N° E

Tél. : 06 66 12 18 80 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Neurologique

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) :



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
24 MAI 2023	2		9250,00t	الدكتور / سعيد العبدالله - 1032157

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/05/23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">G</td><td></td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
G																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ex. Neurochirurgien aux hôpitaux de France (Nancy)
Ex. Neurochirurgien à l'hôpital Hassan II - Agadir
Neurochirurgien à la polyclinique CNSS - Agadir
DU d'électroencéphalogramme - DU de microchirurgie
DU de stérotaxie cérébrale - DU de l'expertise
médicale et de la réparation
des dommages corporels



جراح سابق بمستشفيات فرنسا
شهادة جامعية في الجراحة الجهرية
جراح الدماغ والأعصاب بمستشفى الحسن 2 - أكادير سابقا
جراح الدماغ والأعصاب بمصحة الضيام الاجتماعي أكادير
شهادة جامعية في الجراحة التجسمية للدماغ
شهادة جامعية في التخطيط الكهربائي للدماغ
شهادة جامعية في الخبرة الطبية

Agadir le : 24 MAI 2023

Dr. SOUFIEN TAJ
Pharmacie TAJ
Dr. SOUFIEN TAJ
AV. MIY ALI CHEIRIF N° 325 INEZGANE
INEZGANE - Tél.: 05 28 33 42 47

Ch. Patho Neurologique
255.00 1 physio 2000
28.80 + 2000
Cet animal a
d.o.l. 2000
22.00 1 - 1 1000
Cet animal a
d.o.l. 2000
Docteur M. EL MALKI
Neurochirurgien (Adultes Enfants)
INPE : 05 28 22 22 191
B.P. 16145 28 33 42 47
Pharmacie TAJ
Dr. SOUFIEN TAJ
AV. MIY ALI CHEIRIF N° 325 INEZGANE
INEZGANE - Tél.: 05 28 33 42 47
24.07.2023

Lot.: 22L359

Exp.: 01.2025

PPV: 255DH00



6 118001 040858

AMM N°: 80/2020 DMP/21/NRS

PPV

28,80

LOT

PPV

28,80

LOT

PER

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

Céadol®
20 Comprimés



6 118000 180913

سنتمديك

22,10