

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0010011

Maladie **1278** Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre : **Retra**

Nom & Prénom **ENNAASSIME ABDELLATIF** Date de naissance : **03.10.49**

Adresse **HAY CEJAFA DZOUZE 712**

Tél. **0693499861** Total des frais engagés : **10291H + 210DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/07/2023**

Nom et prénom du malade : **ENNAASSIME ABDELLATIF** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HBP**

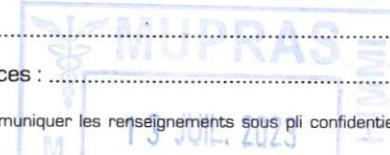
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **06/07/2023** Le : **11/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Ram**



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
06/07/28	Cs		-250-	 Dr. Amal Al-Saadi Chirurgien Urologue - Andrologue شهادة دفع المدحور العرب (الإمارات العربية المتحدة) - برج خليفة (أبراج خليفة) - برج خليفة

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>06/07/23 109,10 €</i>	06/07/23	109,10 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

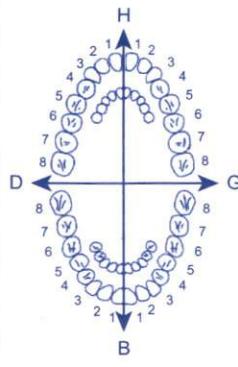
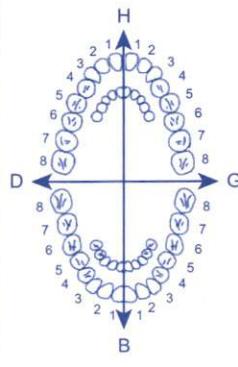
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZALDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques
Rétention d'urine . Infection urinaires
Dysfonction érectiles. Éjaculation précoce
Enurésie . Circoncision . Hématurie
Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدی نبیل

أخصائي في جراحة الكلى و البروستات
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية
- الضعف الجنسي و القذف السريع
- ختان الأطفال و التبول اللارادي
- حالات وجود الدم في البول
- الام و اورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 06/07/2023 .

Mr ENNAASSIME ABDELLATIF

3x 109,40
Centiflor SV 0,9 ay 1/2 3 mois.

3x 250,00
Norand - SV x 1/2 3 mois.

107,00,100

الدكتور الزايدی نبیل
جراحة المسالك البولية و التناسلية
Chirurgien Urologue - Andrologue
05 22 03 05 35

شارع عبد الرحيم بوعبید . الطابق الأول (قرب اعدادية ابن خلدون)

تجزئة تيسير 2 - برشيد . الهاتف : 05 22 03 05 35

07/08/2023

NORMA
LOT: 530000
EXP: 10/2022
PPC: 250.00

Gélule n°1 : 70 mg.
C'est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
6 1192421105304
Customer Service
contact@vital.com.tn

NORMA
LOT: 530008
EXP: 10/2025
PPC: 250.00

NORMA P
LOT: 530008
EXP: 10/2025
PPC: 250.00 Dhs

Gélule n°1 : 70 mg.
C'est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
6 1192421105304
Customer Service
contact@vital.com.tn

Gélule n°1 : 70 mg.
A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET A L'ABRI DES SOURCES DE CHALEUR
SEC
Gélule n°1 : 70 mg.
A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET A L'ABRI DES SOURCES DE CHALEUR
SEC
Customer Service
contact@vital.com.tn

CONTIFLO® D

PPV: 1090H70

SUN

30 Gélules à libération prolongée



CONTIFLO® D 0.4 mg
PPV: 1090H70
SUN
30 Gélules à libération prolongée
30 mg

CONTIFLO® D 0.4 mg

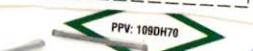
SUN



6 118001300556
CONTIFLO® D 0.4 mg
PPV: 1090H70
SUN
30 Gélules à libération prolongée
30 mg



CONTIFLO® D 0.4 mg
PPV: 1090H70
SUN
30 Gélules à libération prolongée
30 mg



CONTIFLO® D 0.4 mg
PPV: 1090H70
SUN
30 Gélules à libération prolongée
30 mg