

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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **NAJI NAIMA**

Date de naissance : **18/02/1952**

Adresse : **El Rue Taliaha el adoumia appart n° 7**

Laghouat

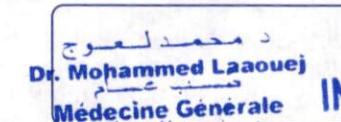
CASABLANCA

Tél. : **06.60.95.08.67**

Total des frais engagés : **232,40 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INP : 161 196 597

Date de consultation : **10/02/2023**

Nom et prénom du malade : **NAJI NAIMA** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Colopathie + ascite**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

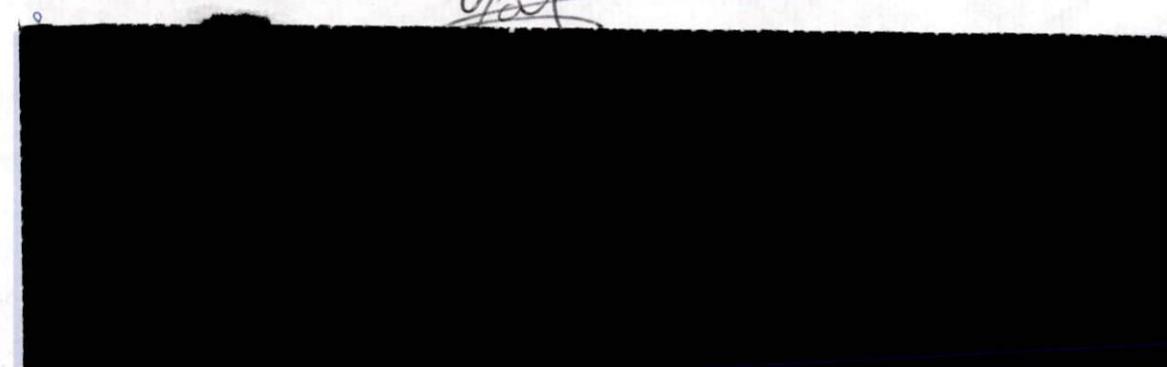
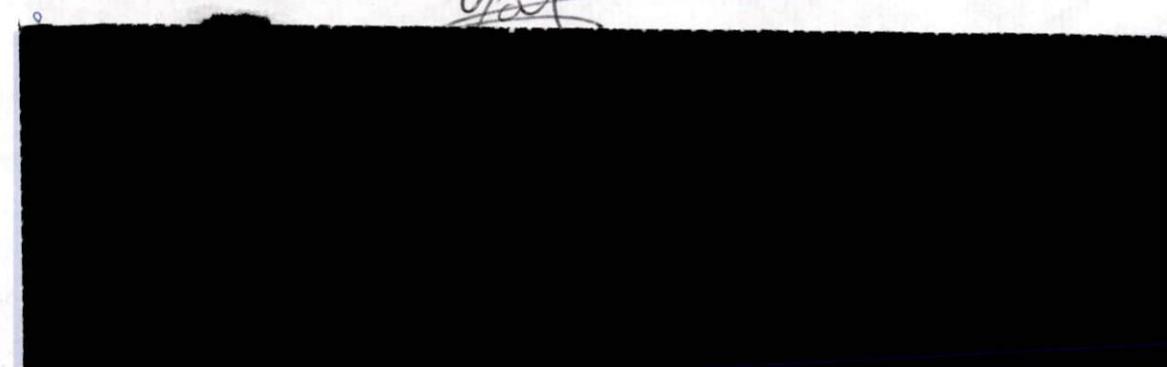
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : **[Signature]**



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
10/07/2023			100 DH.	<p>Dr. Mohammed Laaouej Médecine Générale Tél : 06 88 85 47 43</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2023	232,40 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS
B					DATE DE L'EXECUTION
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed
LAAOUEJ
Médecine Générale
Tel: 0688854743



الدكتور محمد
لأوج
الطب العام
هاتف: 0688854743

Azla le: 10/07/2023
أزلا في: 10/07/2023

INP : 161 196 597

Naji NAIMA .

1 | R. S. S .

2 | Calsolma 79,50
 ltp + 2 ⚡ 871

3 | Esidrex 2x 30
 ltp + 1 ⚡ 122,80

4 | Decitil 100
 ltp + 2 ⚡

PHARMACIE TANAKOB
DR. BOURAS Souaimane
Rue Regionale n°18 Centre Tanakob
Chtchayen Tel 0666805565

1232,4

mt. lypen.

زنقة أحنين، قرية أزلا، جماعة أزلا، تطوان

Rue Ahnin - village Azla - commune Azla - Tetouan

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 118000 181194

DICETEL 100 MG
CP PEL B30



6 118000 043129

Carbolax® كاربولاكس
Transit et digestion
هضم وامتصاص الطعام



3 401551 866249

PPC 790H50
موديل ٢٠١٣

N230

رقم الورقة

PPV :
Exp :
N° Lot :

30/60

