

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 : 4637

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAANAYA HASSANE

Date de naissance : 1957

Adresse : LOT EL WAFIA N° 169 DEROUA

Tél. : 0661 523895

Total des frais engagés : 2070

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/23

Nom et prénom du malade : Laanaya Hassane

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA, PR, JTH

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

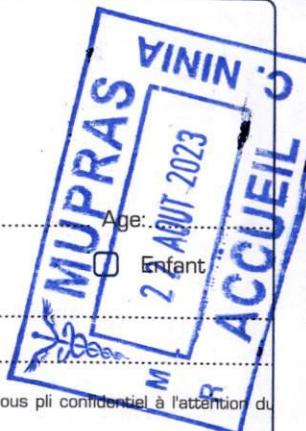
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

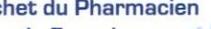
Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2010-02-23 | CG | A | 15900 | DR. J. P. BOURGEOIS 05/22 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  244 lotissement el wafaa Beloua Fix : 05.22.53.20.54 | 2010/12/23 | 1920,00 |

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. The following labels are positioned around the cerebral cortex:

- A**: Lateral occipital region.
- B**: Posterior parietal region.
- C**: Superior parietal region.
- D**: Anterior parietal region.
- E**: Lateral temporal region.
- F**: Superior temporal region.
- G**: Anterior frontal region.
- H**: Superior frontal region.
- I**: Lateral orbital region.
- J**: Superior orbital region.
- K**: Anterior orbital region.
- L**: Lateral nasal region.
- M**: Superior nasal region.
- N**: Anterior nasal region.
- O**: Lateral oral region.
- P**: Superior oral region.
- Q**: Anterior oral region.
- R**: Lateral auditory region.
- S**: Superior auditory region.
- T**: Anterior auditory region.

LIVRARIA SÁCHET - RUA DANTON LAFAYETTE, 100 - FONE: (11) 505-1111

LIVRAISON DES CASQUETTES DU PRATICIEN AFFECTANT L'EVOLUTION

Dr. Narjiss AMEUR
Ex.médecin interne au C.H.U
Ibnou Rochd - casa
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Médecine Générale

الدكتورة نرجس عامر
طبيبة داخلية سابقاً
بالمراكز الإستشفائية ابن رشد، البيضاء
خريجة كلية الطب، بالدارالبيضاء
الطب العام

Diplôme en échographie générale
E.C.G

Date: 2009/2/3

Nom: Kamaya Alsone

دبلوم في فحص بالصدى تخطيط القلب

31/02/6
1d ex force HCT lot 1601 12-
S-X

60,00
2d Azibac 500g
Naf 3 journ S-X

1920,00

CONFIRMACIE EL DOURA
2444 Dourassat el wadi
Deroua
Fix : 0522.53.20.56.

Ches:

D.P. A.M.E.R.I.C.A.
MEDECINS
549 LOT
TUNISIA

Prochain rendez vous :

الموقـد المـقـبـل

540، تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)
540, Lot Wafaa -Deroua - Tél : 05 22 53 27 53



6118001030897
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

AZIBAC® 500 mg ○

3 comprimés pelliculés



6 118000 280378

LOT : 21236 PER : 08/2023
PPV : 60,00 DH