

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.



Déclaration de Maladie

Nº W21-663670

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	09454	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUCHRA
Nom & Prénom : EL BYAD			
Date de naissance : 07/07/1984			
Adresse : 190499			
Tél. : 0676954581		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. SONA EL MESBAHI Dermatologue Vénérologue Rés Ryad Al Qods, GH 3 Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods ASA - Tel: 0522 39 05 59	
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	02/12/2023	
Nom et prénom du malade :	El RYAD BOUHRAS	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie :	Zona	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidentiel à l'at médecin conseil de la Mutuelle.		

VIOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>KRIMA 1 Docteur en Pharmacie 1 Bd. Panoramique 1000-11-35 - CASA</p>	08/19/93	540,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

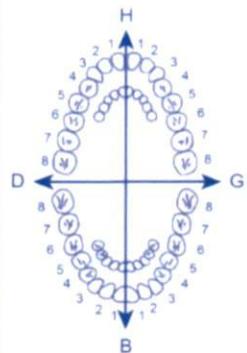
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXiliaires MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

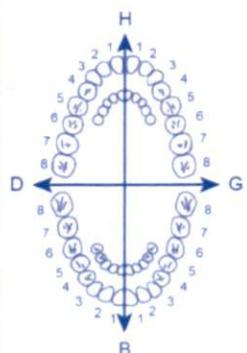
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
25533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur SOFIA EL MESS

PPV: 122DH00

NUPENTIN® 400 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale

A standard linear barcode is located at the top of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

6118001300051

NUPENTIN® 400 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale

Page 5 of 5

— 10 —

6 118001 300051

PPV · 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boîte de 30 gélules
Voie orale

卷之三

1100 J. Neurosci., November 1, 2006 • 26(44):1092–1100

إخصاصية في أمراض النساء

Le:.....

08/12

Mme EL BYAD BOUCHRA

1 - Nupentin 400 mg

1 Comprimé, 3 fois par jour

2 - RAZON 40 mg

1 Comprimé par jour

لعمارة المعدة
فرص ملخصاً مقاوماً

Dr. **Abdelkader Krimat**
Médecin et Docteur en Pharmacie
Docteur en Panoramique
34, ad. Panoramique
Tél. 614-222-222-222 = CASA

Dr. Soñá EL MEJBAHI
Dermatólogue Venerólogo
Rés Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - TÉL 2522 2555 59

Bd Alqids (Angle Bd Haifa)Résidence Ryad Alqods GH3, imm1, Appt 06, 3ème étage, Ain Chock
شارع القدس (زاوية شارع حيفا) إقامة رياض القدس عمارة 1 الشقة 6 الطابق 3 عين الشقق

الهاتف / الفاكس : 05 22 38 05 59
الهاتف GSM : 06 96 44 11 04