

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

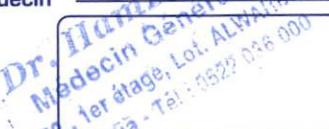
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01164 Société : RATI 90776
 Actif Pensionné(e) Autre : n/a
 Nom & Prénom : NouBTA SsINE n/a
 Date de naissance : 20/06/1951
 Adresse : LOT EL VVAFRA HN 2 DE Rouda
 Tél. : 0673/145587 Total des frais engagés : 461,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 JAN 2024

Nom et prénom du malade : NouBTA SsINE n/a

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gonalgia

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 : DEBROUA

Le : 05/01/2024

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
05/01/2011	Dr. Généraliste			Dr. Généraliste ALWAHDA 0522 000 000 Dakar - Tél: 0522 000 000
22/01/2011	Dr. Généraliste			Dr. Généraliste ALWAHDA 0522 000 000 Dakar - Tél: 0522 000 000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUR 22/01/2011	Fixe	161,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre Radiologique 08/01/2011	Fixe	30	300

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
(Création, remont, adjonction)				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hamza JAMI

الدكتور حمزة جامى

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الاستشفائية بن امسيك



OMNIPRATIEN
Lauréat de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Casablanca
Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik

Dr. HANZA JAMI
Généraliste
Médecin
252, 1er étage
Deroua - Tél. 05 34 20 00 00

plantas
renham

Carbon dioxide

20 - 10 →

PHARMACIE EL OUMOURA
24410 Tissendre 53-20541
Drouot
Fix : 05.23.53-20541

PHARMACIE EL OUMOURA
24410 Tissendre 53-20541
Drouot
Fix : 05.22.53-20541

PHARMACIE EL OUMOURA
24410 Tissendre 53-20541
Drouot
Fix : 05.22.53-20541

19 18

252 الطابق الأول تجربة الوحدة 2 أمام مختبر التحليلات الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

الهاتف : 05 22 036 000



Dr. Hamza JAMI

OMNIPRATIEN
Lauréat de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Casablanca
Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



الدكتور حمزة جامي

الطب العام
خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية بن امسيك

Deroua, le ٢٤ / ١٥ / ٢٠١٥ الدروة , في

Moustapha

Mohamed



Deroua - Tél : 0522 036 000
252, 1er étage, Lot. ALWAHDA

Medical General Practice
Dr. HAMZA JAMI

252 الطابق الأول تجربة الوحدة 2 أمام مختبر التحاليل الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

الهاتف : 05 22 036 000

Nom : MOUBTASSIME

Prénom : MED

DATE : 08/01/2024

EXAMEN RADIOLOGIQUE : **GENOUX**

RESULTAT

- Déminéralisation osseuse.
- Calcification synovial

SENTIMENTS CONFRATERNELS

L
Lemne



N° IPP : 662792 N° SEJOUR : 240001636

FACTURE N° 2404000570

DATE D'ENTREE : 08/01/2024

DATE DE SORTIE : 08/01/2024

ASSURE :

MALADE : MOUBTASSIME, Mohamed

UF: 5003 RADIOLOGIE

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S. :

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE										

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE	TOTAUX :	300.00							300.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE :

RESTE DU: 300.00

DATE FACTURE : 08/01/2024

EDITEE LE : 08/01/2024 PAR: LAABID

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE : BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire : 01179300023210006006837

