

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'entête 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'entête 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 canalaire, 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 canalaire.

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

*MUPRAS
RECEPTION*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13609

Société RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RIMAOUI RAHAL

Date de naissance :

1943

Adresse :

DEROUA

Tél. 05 22 53 24 40

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/12/2023

Nom et prénom du malade :

RIMAOUI RAHAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HBP

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

25 JAN 2024

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 : Berrechid

Le : 26/12/2023

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
26/12/24	CC		250 -	 Dr. EL SAYED دكتور إبراهيم إسماعيل السعيد Dr. Ibrahim El Sayed Dr. Ibrahim El Sayed Chirurgien Urologue-Andrologue شرعي بيد المريض Dr. Ibrahim El Sayed Dr. Ibrahim El Sayed Dr. Ibrahim El Sayed

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA 26/11/2013	26/11/2013	100,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

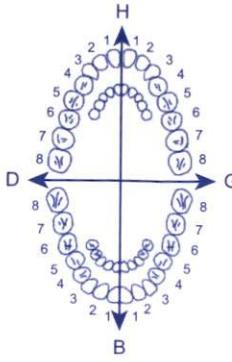
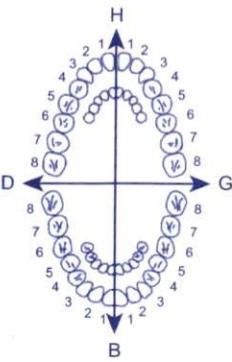
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[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"/>

Docteur EZALI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

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



الدكتور الزايدی نبيل

أخصائي في جراحة الكلى و البروستات
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية
- الضعف الجنسي و القذف السريع
- ختان الأطفال و التبول الالإرادي
- حالات وجود الدم في البول
- الآم وآلام الخصيّتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 26/12/2022

LOT	231247	1
EXP	04 2026	
PPV	108.00	

Nr

RIMAOUI

RACHAL

147.60

Plotrol

40 mg



108.00

Oat 200 mg



47.90

Afroxine 450 mg



12.5

Plotrol 100 mg



Intérieur.

fants.

PPV: 147 DH 60



NIVEAU 1

بن شروط معينة للتخزين.

نقط بعيداً عن المتناول و مرأى الأطفال.

4 303 302 301
OPHARMACIE PRINCIPALE DEROUA
BLOC UN 1 Daroua
Tél: 05 22 53 20 83
386.30

الدكتور نبيل زايدی
جراحة الكلى و البروستات
Dr. Nabil ZAIDI
Urologist - Andrologue
Chirurgien Urologue - Andrologue

PPV: 52DH80
PER: 03/26
LOT: M2622-2



40، شارع عبد الرحيم بوعبده . الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)

05 22 03 05 35

تخيّلة تيسير 2 - برشيد . الهاتف :

12/01/2024

Small Go