

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 : 7205

Société : RAJ Retraite 00892

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NAJEM JAD

Date de naissance : 12-05-1957

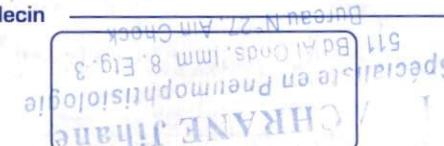
Adresse : Hay Tissir II Rue 1024 Al Maâla

Bézergtis

Tél. : 06 11 36 66 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/02/2014

Nom et prénom du malade : NAJEM JAD Age: 67 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05-02-2014

Le : 07/02/2014

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
05/06/2010	consultation	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAFAC 135 Rue Ibrahima Madi BERRECHID - Tel: 05 22 33 64 01	05/08/24	 Pharmacie ALAFAC 135 Rue Ibrahima Madi BERRECHID - Tel: 05 22 33 64 01

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Jihane ACHRANE

Pneumologue - Phtisiologue
Allergologue



د. جهان عشراو

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
السل والحساسية

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire des troubles du sommeil
- Ancien médecin des hôpitaux universitaires Avicenne et Moulay Youssef de Rabat
- Ancien médecin de la fondation Cheikh Zaid

- خريجة كلية الطب والصيدلية بالرباط
- حاصلة على دبلوم جامعي في اضطرابات النوم
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا ومستشفى مولاي يوسف بالرباط
- طبيبة سابقة بمؤسسة الشيخ زايد

Casablanca, le الدار البيضاء في
05/02/2024

Mr NAJEM SAID

ORDONNANCE

ULTIBRO

1 gel à inhaler par jour

42,20 x 3

VENTOLINE SPRAY

2 bouffées si crise

71.40 x 2

DUPHALAC sachet

1s/j

21.20
- vital complex
1 Amp 1j

(- Traitement de 3 mois -)



481,40

Pharmacie ALAFAC
135 Rue Ila Abd Madi
BERRECHID
Tél: 05 22 33 64 01

Bureau N°27, Ain Chock
511 Bd Al Qods, 11th fl., 8th Etg.
Spécialiste en Pneumologie
Dr. ACHRANE Jihane

Pharmacie ALAFAC
135 Rue Ila Abd Madi
BERRECHID
Tél: 05 22 33 64 01

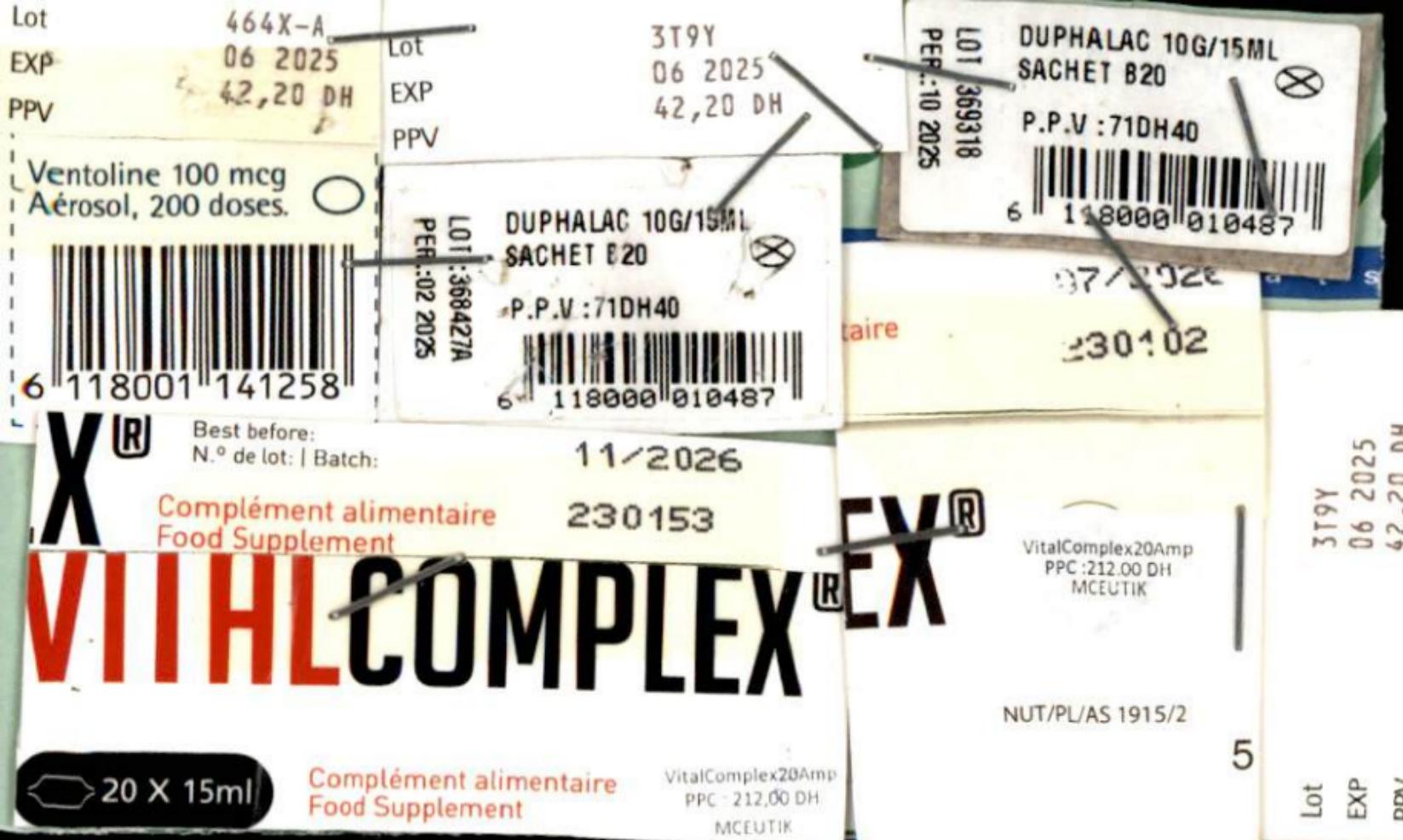
511 شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنا، الطابق 3 رقم 27 - عين الشق - الدار البيضاء
511, Bd Al Qods, Résidence les jardins Al Qods Californie (en face Renault Dacia) 3ème étage N°27 - Ain chock, Casablanca



05 22 52 63 19 - 06 63 14 75 72



drachrane@gmail.com



PHARMACIE DE NOAILLES
55 BLD ROBESPIERRE
78300 POISSY - FRANCE
Tél : 0139650373

SIRET:83949367300017 - NAF:4773Z - FR94839493673
lundi au vendredi de 08h30 à 19h30
samedi de 09h00 à 18h30

Le 09/03/24 à 15h21 Op. : 9 remplaçante
Patient : NAJEM SAID

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Honor. dispensation	TTC	TTC
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC

Ordonnance n°171879

3	ULTIBRO BREEZ.85MCG	34,86	104,58
	Honor. dispens. HD4	1,02	3,06
	3400927566479 / 4		

--- HONORAIRES ---

1	HONOR. DISPENS. HDR	0,51	0,51
---	---------------------	------	------

Total HT :105,93 Total TTC : 108,15

Part CLIENT : 108,15

TOTAL : 108,15

CB : 108,15

--- INFORMATIONS LEGALES ---

TVA	Code	HT	TVA	TTC
2,10%	4	105,93	2,22	108,15

Ticket 226649/294273 / B525/0370-4
(NF525) 104/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/YcMV/YARQ/2.2-
0/2.20.3.3.R10/1

Imprimé le 09/03/24 à 15h21m21

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE