

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016151

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 605 Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL ADDALI Thami Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : BLOC H n° 116 La piscine l'Aouziga

Tél. : 0664 834 684 Total des frais engagés : 153,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr. ABOLIATIM Fatima Zahra
Médecin Généraliste
03 SEP. 2019

Date de consultation : 03 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : EL Addali Najat Age :

Lien de parenté : Lui-même

 Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Plaie du poignet

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Plaie du poignet

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 : Tamazight

Signature de l'adhérent[e] EL ADDALI Thami

Le : 21/10/2019

BELEVE 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
21.07.2019	Frag.12.+PH.+PAT		188,42	Dr. ABOULLATIM Fatima-Zahra Médecin Généraliste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/19	64,83

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

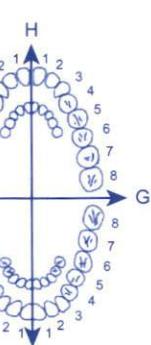
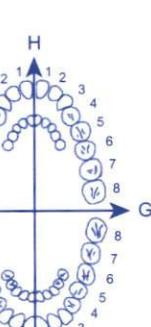
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

le... 21... 07... 2013

AL Adadi Naj'a.

25,9

- Betadine  1 applicateur

- Pansement stérile 

39,80

Flustaph 500  1 cp x 21)

JAN UTAV
NOVOPHARMA
P.R.V.
LOT 183
20 / 39,80

64,8?



ABOULIATIM Fatima-Zahra
Médecin Généraliste

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC



الضمان الاجتماعي
HOST + مهاد + مهاد
CNSS

ORDONNANCE INTERNE

Nr. 003532

Service.....

مصحة
POLYCLINIQUE



طagna
TANGER

CODE SERVICE			CODE MEDECIN
CU	CD	CS	

NOM..... Hocdaï
PRENOM..... Najia

NOM DU PRODUIT PHARMACEUTIQUE	POSOLOGIE (Facultatif)	CODE NOMENCLATURE	QUANTITÉ		PRIX UNITAIRE	MONTANT
			ESCRITES	LIVREES		
Monofil 2/0			1			
Seminoque Scc			1			
Bonde OS			1			
Lome de bistouri			1			
Lidocaïne			1			
Gant stérile			1			
LE MEDECIN	PHARMACIE TAMON	PHARMACIE CENTRALE	formatique		TOTAL	
NOM.....	CODE _____	CODE _____				
Signature	Signature	Signature				



N° IPP : 153930	N° SEJOUR : 190011078	FACTURE N° 1905002793				DATE D'ENTREE : 21/07/2019	DATE DE SORTIE : 21/07/2019			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : EL ADDALI,Najia		UF: 5002 URGENCES				EL ADDALI,Najia				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
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
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE	FURG12	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
POINTS DE SUTURE : LES 3 PREMIERS										
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				16.50					0.00	16.50
FOURNITURES MEDICALES				21.92					0.00	21.92

Intervenant : 90231 DR ABOULIATIM FATIMA-ZAHRA (GENERALISTE)	TOTAUX : 188.42								188.42
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT QUATRE-VINGT HUIT DHS ET QUARANTE DEUX CENTIMES	REMISE : 0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU: 188.42								
DATE FACTURE : 21/07/2019	EDITEE LE : 21/07/2019	PAR: LARBI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - TANGER						
			BANQUE : BMCE - TANGER VILLE						
			N° compte bancaire : 011.640 0000 11 200 00 04 255 61						



PAYÉ

Pharmacie prestige Kenitra

124 bloc D haouzia

Tel : 05 37 35 35 72

صيدلية المجد القنيطرة

124 بلوك د الحوزية

الهاتف : 05 37 35 35 72

Facture

Client : EL A ddalil Majia

Kenitra le : 21/07/19

MEDICAMENT	QTE	PRIX UNITE	PRIX TOTAL
Betadine solution.	1	25,00	25,00
Total		25,00	25,00

Arrêt de la facture à la somme de :

EL RADJALI Thami
Rachidaté RAH
Mile 000 605

Additional dossier déclaratif
de Malaïe N. P19-Q0161 SF

je déclare sur l'honneur que
mon épouse HAJRI Nadjia Sels

blessée sur la main droite en
manipuler une bouteille en verre

au sein cassée entraînant
par un fait mortel de verre

du coupure au sein bras droit
dans une nécessité une intervention

chirurgicale pour 3 poignée de sauterelle
cette blessure sera produite dans
la cause d'une maladie.

Ces joies faciles polyvalentes

causse Tangier.