

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 :

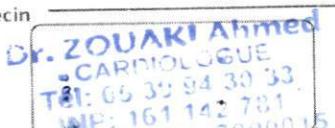
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2321</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>CHOUINI MOHAMED</u>			
Date de naissance : <u>1952</u>			
Adresse : <u>HAY BOUGHAZ RUE 8 N° 6 TANGER</u>			
Tél. <u>06 74 38 01 87</u>			Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>21/01/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>M. Chouini Mohamed</u>			
Age : <u>68 ans</u>			
Lien de parenté	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>maladie Cardiologique - HTA</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>ACCIDENT</u>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 :
Signature de l'adhérent(e) : Chouini Mohamed



21 FEV. 2020

ACCUEIL

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
21/11/20	V. + E.C.G.	X16 + 50%	300	INP : 161142781 Dr. ZOUAKI Ahmed CARDIOLOGUE Tél: 05 39 04 30 33 INP: 161 142 781 ICU: 161703147000315

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
بروفانس PHARMACIE Provence N°38 Av. de Provence - Tanger Hay Allamie Bank - Tanger Tél: 0539 95 98 94	21/11/20	177.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

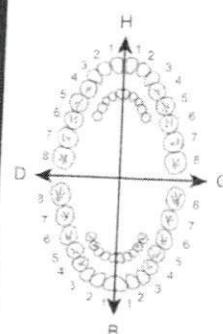
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

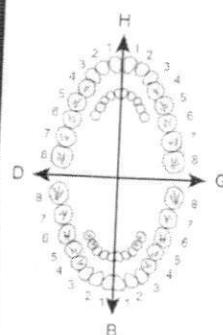
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35633411	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'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Ahmed ZOUAKI
Cardiologue

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse (France)
Echographie doppler couleur du cœur et des vaisseaux
Epreuve d'effort - Holters tensionnel et rythmique

الدكتور أحمد الزواقي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بجامعة تولوز (فرنسا)

الفحص بالامواج ما فوق الصوتية والدوبلير بالألوان

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية المغربية

Tanger, le 21/11/2020 طنجة في

A. Cheouini, Mohamed

44.00 x 3 Ceténo 6,25 * ٦٠٠٣٢٥
03 mois | Lasix ٤٠ | Pre tar ٢٠ + (٢٠) ٦٠٠٣٢٥
under | As Kardio ٦٠ ٦٠٠٣٢٥
) ٦٠٠٣٢٥
45.30
177.30

صيدلاني
PHARMACIE Provence
N°38
Av de Provence
Hay Atlantique
Tél.: 0539 94 30 33
94 30 33

Dr. ZOUAKI Ahmed
CARDIOLOGUE
Tél: 05 39 94 30 33
INR: 161 142 781
ICE: 001703147000015

Registre de Rabat
Aérosoïd Mac
Sibax Smithkline
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45.30 DH



501257c

LOT N° :

EXP :

PPV :

سليلو®
كارفيديلوول



30

فرصا - عن طريق الفم



٤٤,٠٠

,25



CELENO® 6,25 mg

30 comprimés



501257c

LOT N°:

EXP :

PPV :

سليلو®
كارفيديلوول



30

فرصا - عن طريق الفم



٤٤,٠٠

,25



CELENO® 6,25 mg

30 comprimés



501257c

LOT N°:

EXP :

PPV :

سليلو®
كارثيديلول



30

فرصا - عن طريق الفم



٤٤,٠٠

,25



CELENO® 6,25 mg

30 comprimés



