

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 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

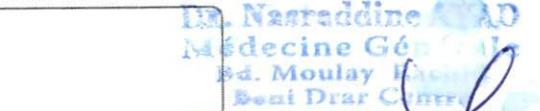
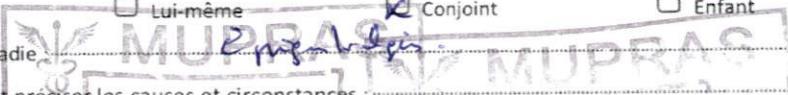
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ▪ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ▪ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-524794

couleur

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2485</u>		Société : <u>R.A.M.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>LAATIQUI MOHAMMED</u>			
Date de naissance : <u>01-07-1950</u>			
Adresse : <u>RUE EL MAGHRIB EL ARABI SIGNI DRAR N 104. CASA</u>			
Tél. : <u>05 36 65 08 81</u>		Total des frais engagés : <u>628,6</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	<u>26/02/2020</u>
Nom et prénom du malade :	<u>LAATIQUI NEFZIYE</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : BENI DRAR

Le : 26 FEV 2020

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
20/01/2016	c	0+	150000	INP : 081016305
				Dr. Nasraddine AYAD Médecine Générale M. Moulay Boud Centre

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR BENI BADR BELMOSETTE ALICIE	20.08.2011	279,6

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.																						
<p>DENTS TRAITÉES</p>	<p>NATURE DES SOINS</p>	<p>COEFFICIENT</p>	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>																			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
			MONTANTS DES SOINS																			
			DEBUT D'EXÉCUTION																			
			FIN D'EXÉCUTION																			
			O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
						<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/>	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
			H	25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
			<input checked="" type="checkbox"/>	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																				
B																						
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
			COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
			MONTANTS DES SOINS																			
			DATE DU DEVIS																			
			DATE DE L'EXÉCUTION																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						



Beni Drar Le, 20/02/2020

ORDONNANCE

LATIGUI MERYEME

1 - ZAMOX IG

- 1s , 2fois / jour, pendant 6 jours

1421024 INEXIUM 40 MG COMPRIMÉ GR. 1

- 1 comprimé, 1 fois / jour, pendant 14 jours

38 DH50 3 - NEUTRAL SUSPENSION

- 1 cuillere, 3fois / jour, pendant 10 jours

AVANT REPAS

LE MATIN

APRES REPAS

(APRÈS REPAS)

DR. Nasraddine AYAD
Médecine Générale
Bd. Moulay Rachid
Bouï Drar Châtaie
TEL: 05.34.60.02.01

Prochain RDV :

الموعد القادم:

Bd. Moulay Rachid - Beni Drar Centre

شماره مولای رشید - بنی درار

هاتف : 05 36 65 02 01

PPV: 98DH00
PER: 08-22
LOT: I 1883

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125mg 12 SACHETS



6 118000 041115

PPV 380H50

EXP 06/2022
LOT 91028 6

Neutral®

Anti-

Neutral®
Suspension buvable 250 ml

Suspension

6 118000 031710

إينسيروم® ٤٠ مغ

ازوميرازول

SYNTHEMEDIC
32 rue zoubier bneu al aquam roches
noires casablanca
UNEEXTUM

40 mg
Boîte 14

Cpr GR

64115DMP/21INRQ PPV:142,10 DH
6 118001 020607

ctions particulières de
server à une températ
0°C
server dans l'emball

Gärtunavägen SE-1

عن رأسم
رقة
لارج



* 3 5 5 3 3 8 9 *