

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.

N° W19-559498

ND 48097

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule :

2074

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAMAR MOHAMMED

Date de naissance :

15-07-1953

Adresse :

Route Maghnia lot Telkacou 9 Rue B3
M° 41 Oujda

Tél. :

06 11 87 25 96 Total des frais engagés : 1209,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/08/2020

Nom et prénom du malade :

ABDEL MOUZINI RACHIDA Age: 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Cancer des seins

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement sous pli confidentiel à l'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Oujda

Le : 18/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
.....	INP :
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TENNIS Dr. CHAKTIN-Eddine Rte.Maghnia B3-N°19 Tél: 0536690602-OUJDA	28/08/20	PHARMACIE TENNIS Dr. CHAKTIN-Eddine Rte.Maghnia B3-N°19 Tél: 0536690602-OUJDA
	28/08/20	111000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

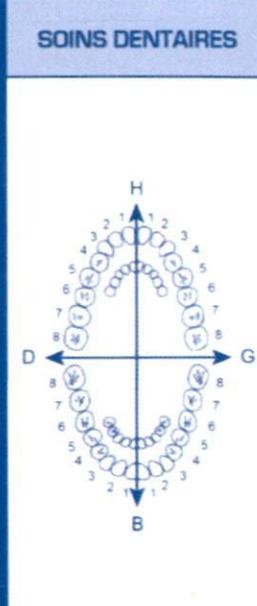
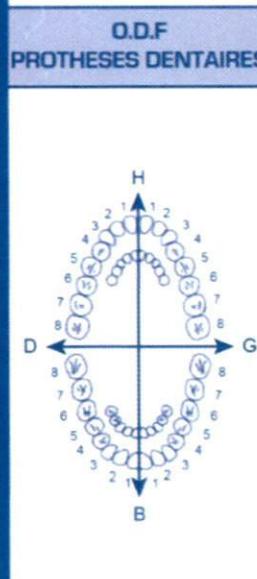
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 clinique.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000																		
35533411																		
B	11433553																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

28/8/20

Mr. ASSELAWN, RAETI DA

111000
Le tro 2de SV, S + g

111000
ASPAJ

3 mm

Dr Khalid Mokouim
Oncologue Radiothérapeute
ENPE : 08123677
Centre Al Kindy Oujda

PHARMACIE TENNIS
Dr. CHAKI ZIT Eddine
Rte. Magaria B3-N°19
Tél.0536690602-Oujda

28/8/20

Line ABDELOUSSI Radieuse

$$49.60 \times 2 = 99.20$$

Ⓐ D-cure SV

I am poule tout

des 18 j plus 3 mois

T-99.20

Dr Khalid Mokaouim
Oncologue Radiothérapeute
Télé: 061286747
Assistance 0525213333 Oujda

PHARMACIE TENNIS
Dr. CHAKI Zin Edine
Rte. Magnolia B5-N°19
Tél.0536690682 OUJDA

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

**Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3**

The logo for the International Development (ID) program, featuring a stylized lowercase 'i' and 'd' in yellow, with a blue circle above the 'i' and a red square at the base of the 'd'.

Importé par : **ergo Maroc**

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

SMB

Fabriqué par :  SMB

Fabrique par : **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique



800

310

21



1

1



Composition :

Principe actif :

Cholécalciférol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نوع الاستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في علبة الأصلية بعيداً عن الصو، وفي درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة.

- يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

3 أمبولات للشرب**د-كير® قوي**

كوليكسيفيرول 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتى للشرب

20

Fabriqué par :

 SMB TECHNOLOGY S.A.
 39 rue du Parc Industriel,
 B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE Belgique.

 EXP: 04/2023
 LOT: 20D06
 P.P.V: 49,60 DH


3

2

1

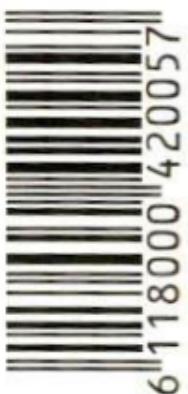
Létrozole GT® 2,5 mg

Voie orale

60 comprimés pelliculés

Lot: 90225
Per: 04/2023
PPV: 1110 BH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
60 comprimés



6 118000 420057