

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

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Matricule : **8246** Société : **R.A.M**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **EL OIDI GHIRI EL Abid**

Date de naissance : **01/01/1957**

Adresse : **Quartier Bala dia Rue El Gazoli N°13 Bds. casa**

Tél. : **0663 86 7779** Total des frais engagés : **611,60 Dhs**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24/11/2020**

Nom et prénom du malade : **EL OIDI GHIRI EL Abid** Age : **63**

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **lombalgie + infection cœtane**

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 : Le : / /

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
<i>24/11/2020</i>	<i>C 01</i>	<i>200</i>	<i>200</i>	<i>Docteur TAKNAOUI Brahim Médecine Générale 70, Rue de Normandie Matin Tél : 05 27 24 50 73</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NOUVELLE MEDINE</i>	<i>24/11/2020</i>	<i>411,60</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 :

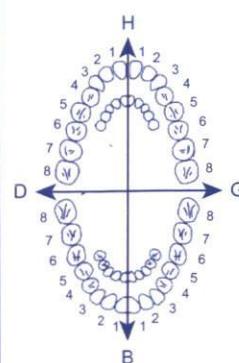
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	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'EXECU

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Bordeaux

MÉDECINE GÉNÉRALE

70, Rue de Normandie - Maârif

CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب بيوردو

الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعارض

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

NOUVELLE MEDINA
PHARMACIE

Casablanca, le

24/11/2020

مغربي

41.70 D.S.V Profenid 100 2B

53.10 D.S.V Relaxol 100x21

71.00 D.S.V Romac 150

45.00 D.S.V Romex cream

79.70 D.S.V Zithromax 500 mg

39.70 Fucidine



Profenid® 100 mg
12 Suppositoires



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH 10
LOT : 739445
PER : 02/2022
6 118000 060819

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
ID : 636417
* 3
6 118001 141548

LOT : 10019001
PER : 02-2021
PPU : 71,00 DH

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot : 1279491

Date Fab : 08/2019 Date Exp : 07 / 2021
PPV : 79,70 DH

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39.70

6 118000 120575

Fucidine® 2% crème

فوسيدين® 2%
كريم أنيوب من 15 غ

39.70

Dacteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
0, Rue de Normandie Maârif
sab... - Tel. : 05 22 25 59 32