

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Matricule : 2842 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DBALI ABDELLAH

Date de naissance : 27.09.1958

Adresse : BEL AEROPORT DE MAROC

Tél. 0651 61 29 49 Total des frais engagés : 3.88,30.006,20 Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2014

Nom et prénom du malade : Abali Abdellah Age : 66

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhinitis

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 : 06/10/14 Le : 11/10/2014

Signature de l'adhérent(e) : Abali Abdellah

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
11/10/22	C2		209,-	Dr. Omar Boussetta Medecin OSTEOPATHIE : 09 10 44 19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. OMAR BOUSSETTA 0620842521	11/10/22	258,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

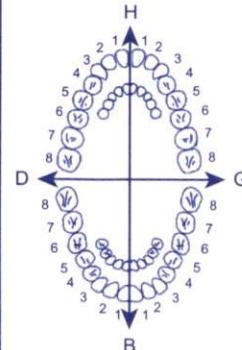
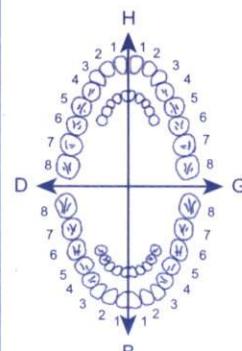
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Omar BADISS

Oto-Rhino-Laryngologue

Maladie et Chirurgie du Nez
 Gorge - Oreille - Face et Cou
 Exploration et traitement de surdité
 Vertige - Troubles de la voix
 Endoscopie
 Ronflement - Allergie
 Chirurgie de la thyroïde



د. عمر باديس
اختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف
 و الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق
 تشخيص و علاج الصمم
 الدوخة - اضطرابات الصوت
 الفحص بالمنظار
 الشخير و الحساسية
 أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 17. 10 . 2022

131,70

Oboli Abscess

Nasonec 6



36,60

2 jeté

x

2h

x

21 Bettsatz

24



78,00

28h

x

4h

48,00

PPV : 112DH00

LOT : 9522

UT.AV : 06-25

PPV : 36DH60

PER : 04-25

112,00

21x

x

1h

PPV : 112DH00

EXP : 12/2023

LOT : 06034 1

(4) Oxitolar 200g

200g

x

1h

PPV : 112DH00

EXP : 12/2023

LOT : 06034 1

358,30

5 x 2

x

5;

PPV : 112DH00

EXP : 12/2023

LOT : 06034 1

تمثيلية نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الأول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1^{er} étage - Deroua

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com