

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2300 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BATAL MOHAMMED

Date de naissance : 01-09-1952

Adresse : HAY QADIS GRP 274147A 3

N° 114 BEN YOUSSEF CASA

Tél. : 0661517847 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/12/2009

Nom et prénom du malade : BATAL MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : PROSTATE

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU PROGRES KMAI Ahdelghani 16 Novembre Tel: 0522 21 57 00	12/12/2022	635.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 5x5 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is centered at point H. The horizontal axis is labeled D to the left and G to the right. The vertical axis has an upward arrow at the top and a downward arrow at the bottom. The numbers are arranged as follows:

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	2	3	4	5	6	7	8
2	2	1	4	3	5	6	7	8
3	3	4	1	2	7	8	5	6
4	4	3	2	1	8	7	6	5
5	5	6	7	8	1	2	3	4
6	6	7	8	5	4	3	2	1
7	7	8	5	6	3	4	1	2
8	8	7	6	5	4	3	2	1

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور خالد توابي

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire
Maladie Sexuellement Transmissibles
Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle
Lithotriptie extra-corporelle
Membre de l'Association Française d'Urologie
Diplômé de l'université de Nice
Sophia-Antipolis (France)



اختصاصي في أمراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي
التناسلي - تفتيت الحصى
سو الجمعية الفرنسية
لأمراض الكلية و المسالك البولية
خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, Le:

08/12/2022

ABU + 3
ANDROUR 10
5.V

Androcur 50 mg/ 20 cpr
Acétate de cyprotéron
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.

Androcur 50 mg/ 20 cpr
Acétate de cyprotéron
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.

Androcur 50 mg/ 20 cpr
Acétate de cyprotéron
P.P.V. : 194,30 DH
Bayer S.A.

6 118001 090297

3.00 1 15 5.V
ANDROUR 10
63,90

165

PROGRES
Dr. Khalid TOUABI
11 Rue Prince My Abdelleah
Casablanca 10000
Tél. : 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30
Email : urotk@yahoo.fr
Fax : 05 22.27.59.43

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés
PPV 53DH00
EXP 05/2024
LOT 21012 2

زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق ياق روشي) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr - الهاتف : Email : urotk@yahoo.fr

fax : 05 22.27.59.43