

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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2300* Société : *R.A.B*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BATAL MOHAMED*

Date de naissance : *01-09-53*

Adresse : *HAY QADIS O.R.P 3 N° 114*

Ben Youssef Casab

Tél. : *0661517741* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *27/2/2013*

Nom et prénom du malade : *BATAL Mohamed* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Dentiste + ortho - Diagnose - Demande*

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) : *BATAL Mohamed*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/11/23			200.00	<i>Signature</i>
				<i>Signature</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAMD Inn. G3G - M 2-C Al Qods S.B. Tél: 05 22 71 03 71	21/03/23	672.00
PHARMACIE AL HAMD Inn. G3G - M 2-C Al Qods S.B. Tél: 05 22 71 03 71	09/03/23	187.75

ANALYSES - RADIographies

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 :

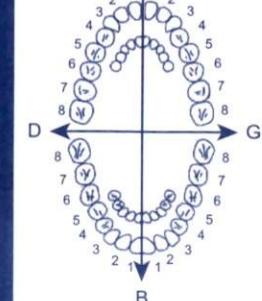
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

DATE DU DEVIS

MONTANTS DES SOINS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

Dr. Ouzit Souad

Medecine Générale

Diplômée de la Faculté
de médecine de montpellier
en Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولي

دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le: الدار البيضاء في 02 mars 2023

Mr. BATAL MOHAMED

STAGID 700MG

101

ZYI ORIG. 100

ZTEORIS 100
1 GIGAFILE SOIR

1078 EE 3
altec 2.5 mag

Date: 2

Traitement pendant : 6 Mois

INEXIUM 20MG/ 14CPS

1 comprimé le matin

LOT	222562
EXP	08 2025
PPV	107.60
EXP	~ ~ ~ 5611
PPV	08 2025
	107.60

LOT 223157
EXP 09 2026
PPV 46.70 DM

PHARMACIE AL HAMD
Imm. G3G - M 2- Cte J. Béchar
Al Qods 5,86
Tél: +213 73 03 71

Rendez vous le :

العنوان: 3 الطابق الأول - منصور 3 البرنوسي / البيضاء - الهاتف: 05 22 73 72 72
العنوان: 373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi - Casa

Dr. OUZIT Souad

Medecine Générale

Diplômée de la Faculté
de médecine de montpellier
en Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولي
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le: 09 mars 2023 الدار البيضاء في

Mr. BATAL MOHAMED

5850



HYDROXO 5000

1INJ/ mois pendant 3 Mois

REVITAL

1 CP/J



hydroxo

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

Lot: RGM00821
Lab: SEP.2021
Exp: AUG.2024
N.N.: 74TLINF00

Prix : 123DH25

Rendez vous le :

05 22 73 72 72 شارع صهيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 373
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi -Casa -Tél.: 05 22 73 72 72

Dr. Ouzit Souad