

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2374

Société :

156776

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAROUK HAFIDA

Date de naissance :

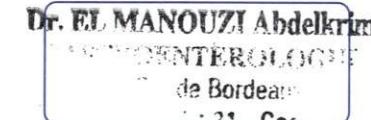
1-1-53

Adresse : résidence Yasmine Maârif EXT - 1+1a

Tél. : 0661216286

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 22.FEV.2023

Nom et prénom du malade : FAROUK Hafida Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Troubles digestifs

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
22 FEV 2023	S	1	300,00	DR. EL MANOUZI Abdellah GASTROENTEROLOGISTE 19, Bd de Bordeaux 22 2052 31 - Casablanca

INPE: 092054865

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATLAS 25 Tél : 05 22 25 35 07 3067 RC : 2155000 RUE DE LA GARE	22/02/23	164,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
Diagramme d'Odontogramme (Dent 1 à 8)																
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
Diagramme d'Odontogramme (Dent 1 à 8)				Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
ODF PROTHESES DENTAIRES				DATE DU DEVIS												
Diagramme d'Odontogramme (Dent 1 à 8)				DATE DE L'EXECUTION												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
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

Docteur Abdelkrim EL MANOUZI

Diplômé de la faculté de Médecine de Rouen-France
Spécialiste des Maladies de l'appareil digestif
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
Ancien Assistant spécialiste des Hôpitaux de France
Diplôme d'Echographie de la faculté de Paris
Endoscopie digestive
Membre de la Société Française de Gastro Entérologie



"منوزي"
(نسا)
البيضا
(اليوسير)
ت فرنسا
ب بباريس

133,60

سية
ي

Casablanca, le : ٢٢ FEV. 2023 الدار البيضاء، في :



MME FAROUK HAFIDA

PHARMACIE DES STADES 2010
5C, Rue Al Fourat - Casablanca
Tel : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte. : 35873067
IF : 40436642

AR ORDRE DU MEDECIN



14,50 en Henufast Sup
TITANOREINE 1 SUPPO SOIR 1 BOITE



16,90
TITANORIENE 1 APPLIC MATIN ET SOIR 1 MOIS



133,60
DIOVENOR 600 1 Cp , DEUX fois par jour
avant les repas pendant 5 jours PUIS 1 CP PAR JOUR

Dr. EL MANOUZI Abdelkrim
GASTROENTEROLOGUE

19, Bd de Bordeaux

شارع بوردو (الحديقة) 19 - الدار البيضاء
19, Bd. Bordeaux (Résid.HOUDA) - (Face Cinema Verdun) - Casablanca - Tél.: 05 22 20 62 31 / 080 83 67 952
Email : amanouzi@gmail.com