

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.

N° W19-515888

165689

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6074

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN SARI ABDELHAKIM

Date de naissance :

22/03/50

Adresse :

Tél. :

0663636465

Total des frais engagés : 1035, 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUTAIB BEN SARI Latifa
RHUMATOLOGUE-Ostéopathie
288, Bd. Med Zerktouni - Casablanca
Tél: 0522.39.99.57

Date de consultation :

02 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade :

BEN SARI Abd el Hakim

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

prostatologique prostatique

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 : 02 / 05 / 2023

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 Paiement des Actes. |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02/05/2023 | ca | 3 UD, w | 300,00 | Dr. BOUTAIB BEKSARI-Latifa Rhum 101000-03-Ville 283, Bd. Med Zerktouni - Casablanca Tél: 0522.39.99.57 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie EL ANADA Mme H.T EL ARAI Bd. Abdellatif Ben YOUSSEF | 02-05-2023 | 235,30 D 01 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Important | Veuillez à l'heure de l'exécution de l'ordonnance de faire par le praticien une copie de ce relevé et de le faire signer par le patient. | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT ET EXÉCUTION | | | | | | | | |
| | | | | FIN DE EXÉCUTION | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXÉCUTION | | | | | | | | |
| <p>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>150 unité = 100000 coefficient</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>200000 coefficient</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>150 unité = 100000 coefficient</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>150 unité = 100000 coefficient</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse</p> | | | | | H | 150 unité = 100000 coefficient | G | 200000 coefficient | D | 150 unité = 100000 coefficient | B | 150 unité = 100000 coefficient |
| H | 150 unité = 100000 coefficient | | | | | | | | | | | |
| G | 200000 coefficient | | | | | | | | | | | |
| D | 150 unité = 100000 coefficient | | | | | | | | | | | |
| B | 150 unité = 100000 coefficient | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS
et des Articulations

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)

Médecin Expert Assermenté près
les Tribunaux de Casablanca



الدكتورة لطيفة بوطيب بن ساري

اختصاصية في أمراض العظام
والمفاصل (الروماتيزم)
خريجة كلية الطب بمرسيليا
(فرنسا)

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca, le 02/05/2023

الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

N. BEN SARI Abdel Hakk

136,50 Uraldon 2mg S.V. 954
x2 1 cpl

91,00 Stalical 20 S.V. 336
x3 1 cpl

34,60 Lasilix 40 S.V.
14,30 Rhinoferin S.V.
1 gall 3x1

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.Y. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddou

14,30 Togum 30 S.V.
x2 1 applicare 9x1

735,30 Togum 30 S.V.

Dr. BOUTAIB BEN SARI Latifa
Rhumatologue 0522.33.55.51
283 Bd. Mod Zerkoun - Casablanca
Tel: 0522.33.55.51

05.22.39.99.57 ، شارع محمد زرقطوني قرب شارع الزيراوي - الدار البيضاء - الهاتف :
283, Bd Mohamed Zerkoun (environ Boulevard Ziraoui) - Casablanca - Tél. : 05.22.39.99.57

I.C.E.: 001813785000001 - INPE : 091164491

LOT : 200417
PER : 03-22
PPV : 70,00DH

P.BE: 96.2026
LOT: 22BE11
LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

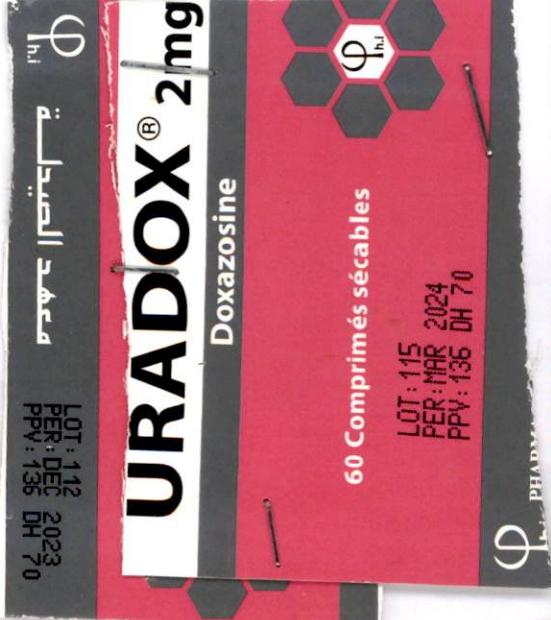


S 118000 060468

LOT : 201484
PER : 11-2022
PPV : 70,00DH

756.836.07.19

LOT : 210257
UT AV : 02/2024
PPV : 14,30DH
P.P.V (DH) :
LOT N° :
UTAV :



Staticol®
ستاتيكول® 20 mg
28 Comprimés sécables

91,00

06-019 0722
P.P.V 010H00

91,00