

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° W21-806299

165913

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12515

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AIT OUODANI, MOHAMED FAKIR

Date de naissance :

04/10/31 1980

Adresse :

Avenue Abu el Sharqi Ret de la Fatima Ag 30
el qasr Bouygues CASABLANCA

Tél. :

0614-86-83-32 Total des frais engagés : 245,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. PAYELLE
Médecine Nutrition
Résidence Générale
avenue de Tantan 2016
Casablanca
05-22-75-57-57

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/05 2023

Nom et prénom du malade :

S QUALLI HOUSSAIDI

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

fonctionnelle

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 :

CASABLANCA

Le : 20/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
12/06/23	C	1	200	INP :  Dr. AVELINE Médecin généraliste à domicile

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Boucif 197, Bd. Bourguiba - Casablanca Tél.: 05 22 36 92 59 - RC: 41716 27734689 - ICE: 0023  12/06/23	12/06/23	215,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

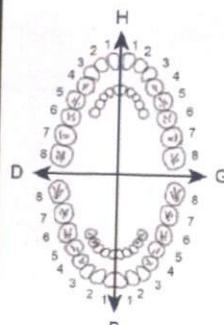
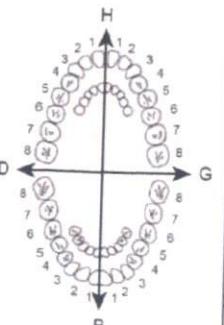
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

LOT: M22141
EXP: OCT 2029
PPV: 45,50 DH

DES FRAIS ET HONORAIRES

traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

us de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOIN	Pratiques	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Nathalie PAYELLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MEDECINE GENERALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité)

Autorisation N° : 12457

الدكتورة نطاali بييل

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

الطب العام

شهادة جامعية في الحمية و أمراض التغذية
السكري - السمنة - الكوليسترول

رخصة رقم : 12457

Casablanca, le : 11/06/23 الدار البيضاء في :

Mr. Souad Houssaini
Chirouane
145,50
1 + Cabflam 50

PHARMACIE PORTEDAIN
197, Bd. Boulgosine 251
Tél. : 03 22 36 92 51
Fax : 03 22 36 92 51
ICE : 001748409000044
Résidence Annour Immeuble 2
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca
Tél: 05 22 37 59 60 Casablanca
Résidence Annour Immeuble 2
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca
Tél: 05 22 37 59 60 Casablanca