

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° W21-713962

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

MU68

Société :

RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ATELDABDOUB Hanane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0660588882

Total des frais engagés : 441,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUSSAID Med. Radiologie
Omnipraticien
Médecin du Travail - Expert Radiologie
Angle Bd. Bir Anzarane et Rue Ibnou Chafiq
Fac. M'dina Bus Maârif - CARALANCA
Tél. 05 22 23 85 25105 20 12 12 12

Cachet du médecin :

14 AVR 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ATELDABDOUB Hanane

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affute dysphagie + Myriose

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 : 28/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

DRIF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11 AVR 2022	C		200,-	INP : 0911176506
				OUMALAH Omnium pour la Santé et l'Assurance Sociale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYMANE AGUEDACH KAMAL Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri Murgier, Résidence Talib Ili, Casablanca Tél/Fax: 0522 99 69 21	11/11/93	09 11 69 AGUEDACH KAMAL PHARMACIE AYMANE MURGIER, RÉSIDENCE TALIB ILLI, CASABLANCA TÉL/FAX: 0522 99 69 21

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	G													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Docteur Med Kamal BOUTALEB

OMNIPRATICIEN

Expert auprès des Tribunaux

Diplômé en Médecine du travail

grée pour établir les certificats du permis de conduire

face dépôt des bus (Tac) - Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

CASABLANCA

الدكتور محمد كمال بوطالب

الطب العام

خير لدى المحاكم

إخلاصي في طب الشغل

معتمد لإنجاز شواهد رخص السياقة

زاوية شارع بيرأنزان و زنقة ابن شهيد

أمام حافلات النقل (طاك) - المعاريف - الطابق 2

الهاتف : 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

الدار البيضاء

Casablanca, le :

, 14 AVR 2023

J'm AIR EL A7AZDUR Hazzne

y Febrex sachet

2100 1 sachet 2,

y Pragyle 20g S

52,80x2 1 sachet x 28,-

y Noflavin 45S S

34,40 1 g x 11

y Aspirine 500

1030x2 1 g x 19

D Nuradol 400

30,00a 1 g 2 x 19
244,60.

**PHARMA
AGUEDA**
Quartier Val E
Marrakech, Maroc

PHARMED
LOT : 3414
UT.AV: 04-26
PPV: 21DH00

PPV: 52DH80
PER: 06/25
LOT: M218-2

PPV: 52DH80
PER: 03/25
LOT: L3553-2

34,40

PPV 100
PER 12/25
LOT L41

PPV 70DH30
PER 12/25
LOT L41P9T

Ibuprofene
PPV 30,00 DH
LOT L0176 PER 02/26

DOULEURS - INF

Dr. BOUTALEB
Médecin du
Anglo-Belgian
Face M'dina
Tel: 05 22 23

30,00