

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 |

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7559 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ACHTEHOUNS Nadia

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0662161528 Total des frais engagés : 300+333+967,20

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR AKKAL NADIA
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
710, Bd. Oued Sebou 2ème Etage N° 8
El Oukla - Casablanca

Date de consultation : 19 / 06 / 2019 Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 02 AOUT 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
16/03/2010 16/03/2010 26/03/2010 26/03/2010	CS CS	300 070 6	INP : ODIN GUNAWAN Dr. Gunawana ENTROLOGUE SASTRO ENTEROLOGUE Sabou 2eme Etage N° 3 Sabianca	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EL WIAM PHARMACHIE BD OUED SEBOU OULFA TÉL 05 22 91 12 51 TELE 19 20 3 09 48	19/06/2023	333,50
	22/06/2023	367,20

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
		A M	P C	I M	I V	

RHEREMT

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 clinique.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

⑥

30,50

Tous droits réservés

age d ~ 8J



To: 333,50

Docteur AKKAL Noura
HEATO GASTRO ENTEROLOGUE
710, Bd. Oued Sebou 2ème Elégo N° 3
El Guilia - Casablanca

الولياني
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tél 05 22 91 17 31
INPE 992030949

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gel
P.P.V:30DH50
LOT: 22E012
PER: 08 2027
6 11800001010845

Docteur AKKAL Noura Ep. Marchane



الدكتورة عقال نورة دريم مرشان

**Spécialiste des maladies de l'appareil digestif,
du foie et Proctologie
Echographie abdominale
Endoscopie digestive**

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès
Ancienne Médecin du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée en proctologie de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Diététique Médicale et Nutrition de la Faculté
de Médecine de Fès

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد - الأمعاء - المعدة والبواسير

الفحص بالصدى

الكشف بالمنظار

دبلوم جامعي في علاج أمراض الشرق والبواسير بكلية الطب بالرياض

دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية والحمية بكلية الطب بفاس

طبية سابقة بمستشفى ابن سينا الجامعي بالرياض

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس

26/6/2023

A cheh bane Nod's

DOG & CAT KAL
HEPATO-GASTRO ENTERO-
DIETICO - CONSIDERACIONES
710, Bd. 25 de Mayo 2600 - CABA - Argentina

600,00 x 11 Mediano 1g
Clary Pm *(S.V.)*

160,00 x 2 21 Clary Pm *(S.V.)*

32,50 x 21 Retinogel *(S.V.)*

209,00 1 Squalt *(S.V.)*

61 1 Squalt *(S.V.)*

246,00 1 Squalt *(S.V.)*

81 Alflore *(S.V.)*

1 Squalt *(S.V.)*

To: 967,20

PHARMACIE ALI JAH
252 BD OUED SEBOU 04 FA
CARABOUI - Tel 05 2291751
CABA - UNPE 09 2030349

NEOMOX®
Amerikoline 10
Boîte de 14 comprimés déposables
PPV : 64,10 DH

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PP.V. : 160,00 DH

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH

P.P.V : 32,50 DH
8000 190967

PPV: 209DH00
PER: 08/24
LOT: M1092-3

**Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC**
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

D
Docteur **Nicolas**
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
210 Bd de
El Cid - Casablanca
2eme zeme El Aoua