

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

Nº W21-794363



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1368	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAZGUI LHOU			
Date de naissance : 30.06.1948			
Adresse : lot TADAMOUN, Rue 9 n° 31, oufafa Casablanca			
Tél. : 06.32.80.50.14 Total des frais engagés : 404,70 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18.07.2023			
Nom et prénom du malade : Tazgui Lhou Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection ORL			
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 Date : 23 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
18.07.2023	cs		25.000	INP : 0911-888888 
		D 36645	100.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>PHARMACIE RESIDENCE AL-SEBRAOUI Sihem Al-Sabraoui 4, Réidouj, Annasim Oulfa Tel.: 022 244 09 09 092050293</i>	18/07/2023	T. : 54,700 H.	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
B		00000000	11433553													
G		35533411														
<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"/>														



د. البغدادي الطيب
Dr. BAGHDADI Tayeb

طبيب أخصائي في أمراض وجراحة :
الأذن والسمع ، الأنف وجيوب الأنف،
الحلق والحنجرة، العنق والقدمة الدرقية
خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le 18/07/123.....

م. زم TAZGUI Chen

21,80

Polydexa
S.V.

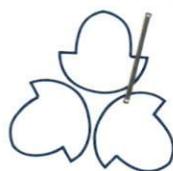
38 ml par

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihem Chraouï
Résidence Annaim Oulfa
Tél.: 922 22 00 59 - Casablanca

6 118000 241270

اكسوديريل®

كلوريدرات الفتيجين
1%



قارورة من 10 مل

32,90

Exoderil

S.V.

EXODERIL® SOLUTION 1%
Flacon de 10 ml
Non Remboursable AMO
6 118000 020578

LOT: 0014
EXP: MAR 2027
PPV: 32,90 DH
استعمال محلي

▲ SANDOZ

T: 54,70DH.

Dr BAGHDADI Tayeb
Médecin Spécialiste
ORL Chirurgie Générale-Faciale
TEL: 0522 852 19 17

Tél.: 05 22 89 93 93

Urgences: 06 68 52 19 17

drbaghdadi@hotmail.com

25, Bd HH24, (Rond-point George, Bd Oum Rabia) Casablanca

25، شارع HH24، تجزئة مولاي التهامي ، (مدار جورج وشارع أم الربيع)

حي الالفة - الدار البيضاء



د. البغدادي الطيب
Dr. BAGHDADI Tayeb

طبيب أخصائي في أمراض و جراحة :
الأذن والسمع ، الأنف وجيوب الأنف،
الحلق والحنجرة، العنق و الغدة الدرقية
خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Oto-rhino-laryngologue
Spécialiste des maladies et chirurgie de :
Oreille et Audition, Nez et Sinus,
Gorge et Larynx, Cou et thyroïde

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

ORDONNANCE

Casablanca, le ١٩ - ٥ - ٢٠٢٣ .

Note d'honoraires

Le Dr BAGHDADI Tayeb, prie M *Tazaghout* d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente, suivant l'usage, sa note d'honoraires pour *nefzaouya oreille*

S'élevant à la somme de
dirhams.

cent (١٠٠)

