

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

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

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BNY AMAL

Date de naissance : 1965

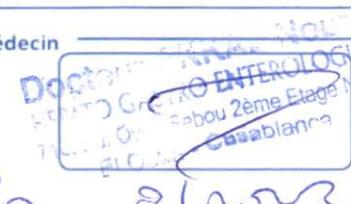
Adresse : Cesse - Anfa

Tél. : 0522912385

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 / 8 / 2003

Nom et prénom du malade :

Age:
Hafid Gribi

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hafid Gribi

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

de l'adhérent(e) : *Hafid Gribi*

13 SEP. 2003
Le 10/09/03
R.A.C.M. 2003

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
28/03/2018	CS	G		 INP 20 Bd Oued Sebou Zemzouma Casablanca HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE Doc. 3 M. A. BOURGALY

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien du Rembourseur	Date
well well	
Pharmacie du Parc Sophie ZERBIB 21 rue Pommard 75012 PARIS tel : 01.53.33.01.02	01/01/23
	Montant de la Facture 68,90 Euro

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

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																		
	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"/>																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000		D		00000000		35533411		B	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	21433552																
	25533412	00000000																
	00000000																	
	D																	
	00000000																	
	35533411																	
	B	11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		

Docteur AKKAL Noura
Ep. Marchane



الدكتورة عقال نورا
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

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد - الأمعاء - المعدة والبواسير
الفحص بالصدى
الكشف بالمنظار

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا الجامعي بالرباط
دبلوم جامعي في علاج أمراض الشرج والبواسير بكلية الطب بالرباط
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية والحممية بكلية الطب بفاس

Ordonnance

Casablanca, le : 30/18/2013

Bny Amal

D. Ursolan 20

1 2 - 2 - 1

(Ames)

Docteur Akkal Noura
HEPATO GASTRO ENTE
710, Bd. Oued Sebou 2ème
El Oulfa - Casablanca

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT - France

Vente directe

MAROC X - 74560

Qté Description	Prix	Montant
5 URSOLVAN 200mg Gél Plq/30	9,78	48,90 4
	TOTAL HT	47,89
	TOTAL TTC	48,90
	A PAYER	48,90

dont honoraires 5,10

Règlements

Espèces 48,90

Détail TVA	TVA	HT	TTC
4 2,10%	1,01	47,89	48,90

Nb de lignes : 2 (dont 1 honoraire)

01/09/2023 10:46:15 ticket 2023059927-Original

Vous avez été servi par (L)-Poste LE020

Solde de votre compte client : 0,00 €

LE02.0 V215.3-(NF525)B0416-7aWq

SIRET 80290146200019 NAF 4773Z TVA FR10802901462