

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-725307

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Matricule : 13229 Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre :** A78949

Nom & Prénom : SADDI Younes Date de naissance : 22/05/1989

Adresse : 72, rue de ramla est 17, 2nd floor, Casablanca Tél. : 0666838123 Total des frais engagés : 367,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/9/23

Nom et prénom du malade : Younes SADI Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Dinner le

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhession@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.

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
4 9 23 G			200,-	INP : INPE: 09157513 DOCTEUR KARIM OUALI دكتور والي Omnipratique Homéopathie - Physiothérapie 091 575 13 14 Yousfi Casablanca
14				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TELLALIAH SABLANCA INPE	04.09.2013	167.90

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim OUALI

Nutritionniste Phytothérapeute Homéopathe

Diplômé des Universités de Casablanca, du Canada et de France

Obésité - Coaching Nutritionnel

Diabète - HTA - Dyslipidémie - La goutte

Traitement de support homéopathique en cancérologie

Suivi nutritionnel : Intolérance au gluten - RCH - Maladie de Crohn

Méd. douce : Troubles digestifs - Anxiété - Stress - Arthrose - Ménopause

الدكتور كريم والي

اختصاصي في التغذية ، الطب الطبيعي والمعالجة المثلثية

خريج جامعة الدار البيضاء فرنسا وكندا

السمنة . التدريب الغذائي

السكري . إنقاص ضغط الدم . إنطرباب الكوليستيرول . التقرص

المعالجة المثلثية لدعم السرطان

المنابعة الغذائية : خشونة المجنون . إنفاب القولون . مرض كرون

الطب البديل: إنطرباب الجهاز الهضمي . القلق . الإجهاد . إنفاب مفاصل . أعراض سن اليأس

Sans PPV Ged

ORDONNANCE Le 04/09/2023

Younes SAID

19,70

• APAZIDE CO 200MG B16 GELULES

1 comprimé 4 fois par jour

35,40

• ULTRALEVURE CO 250MG B20 GELULES

2 gélules 2 fois par jour

52,80

• OZIL PLUS 1.0 OMEPRAZOLE 20MG B14 GELULES

1 gel le matin

167,90

Pharmacie La Corniche
319, Bd Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax 05.22.27.67.03
EL ALLALI Naoual
NET-COM 37266

DOCTEUR KARIM OUALI

Signature et cachet
Oncologue - Homéopathe - Phytothérapie
133, Bd. Moulay Hassan Casablanca
Tél. 05.22.20.77.36