

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8665 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

197971

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : RES. 116.1A. 177.6 ETAGE APP 73. AIN CHOK Casablanca

Tél. : 0673735897 Total des frais engagés : 357,00 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LATIF IDRIS,
TRAUMATO ORTHOPEDIST,
75, Boulevard Massira Al Khayr,
Tel 05 22 25 29 29/05 22 25 27

Date de consultation : 22/02/2019

Nom et prénom du malade : TAWFIK Hicham Age: 52 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Visus appauvri

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous ce caractère 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 : Le : / /

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
22/2/2022	S		300,00	<p>DR. A. KADRA DENTISTE vain Ma. 31 22 25 23 25 16 22 25 05 22 25 25 16</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22/2/2022	370,00	<p>PHARMACIE YASMINA 77, Rue Ibn Nafis Hay Yasmine Berrechid - Tel: 0522 52 31 88 ICE: 00050081000024 - N.P.E: 062057401</p>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

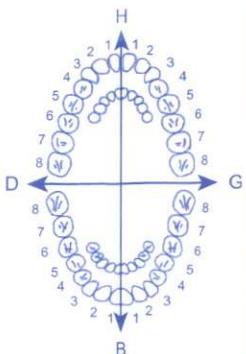
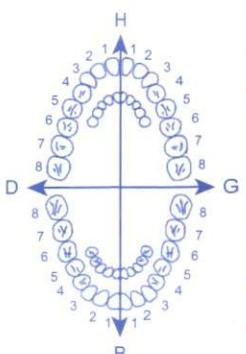
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	PPC: 320,00 DH	Neutral Code: GUJ/DRUGS/G/28A/6197-A												
	 8 9 0 6 0 6 5 4 4 3 0 1 6	LOT Batch No. H2305029 M Mfg. Date 05/2023 E Exp. Date 04/2026												
<p>LOT/EXP.: HF8913 06/2028 P.P.V: 37DH70</p>														
<p>D'EXECUTION</p>														
<p>FIN D'EXECUTION</p>														
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>														
<p>MONTANTS DES SOINS</p>														
<p>DATE DU DEVIS</p>														
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>G</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553	D	00000000	G	00000000	B	35533411			<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>
H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553											
D	00000000	G	00000000											
B	35533411													

Dr. N. Latif - IDRISI

الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

Chirurgien Orthopédiste



جراحة العظام والمفاصل

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

خريج كلية الطب بنات
رئيس قسم و جراح مستشفيات بنات
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

DR. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 25
Fax: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 25

السيد (ة) :

322 X 1
Grenu - Vida

352 Dep nikel 80

PHARMACIE YASMINA
77, Rue Ibn Nafis Hay Yasmina
Bécharia d' d - Tel: 0522 53 31 88
ICE: 00650881800034 - INPE: 00203/4.1

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 25
Fax: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 25



Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédiqe

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح مستشفى بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

٢٠١٠

Mr. (Mme) : السيد (ة) :

Dr. Rachid Tawfik
a brefe a visu
pour les fees publiques de
3-6 rebelle

Dr. N. LATIF IDRISI
75, Boulevard Massira Al Khadra
05 22 25 23 25 16 / 05 22 25 23 25 16 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07