

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

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

N° W19-455118

35 878

Autres



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5628

Société :

BIBL47 MUSTAPHA

Date de naissance :

01-02-1951

Adresse :

Dr Houria Rue 208 N° 74. H44 HASSAU

Tél. :

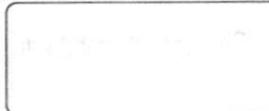
06 72 71 19 36

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/06/2020

Nom et prénom du malade :

Fikri NAIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Enfler le Dr Fikri de maladie (Dr de Fikri de 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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

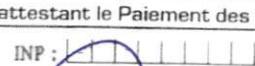
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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 |
| 30/01/2020 | | | 6 | INP :  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 | | |
| MEDIORICA Matériel et Équipement Médical tel. 05 22 03 085 - Casablanca | 02.07.20 | | | | | 260,00 | |

| RECLAME 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées Nature des Soins Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DÉBUT D'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FIN D'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA

- * Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- * Ancien Interne des Hôpitaux de France
- * Ancien Praticien en Belgique
- * Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- * Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- * Chirurgie de la Colonne Vertebrale
- * Chirurgie de la Main et Pied
- * Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمن أبو شامة اختصاصي في جراحة العظام والمقابل

- * شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- * طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- * ممارس سابق ببلجيكا
- * دبلوم في الطب الرياضي والإصابات بـ
- * الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- * جراحة الكسور والروماتيزم
- * جراحة العمود الفقري
- * جراحة اليد والقدم

الدار البيضاء، في : | |
Casablanca, le ٣٠/٠٦/٢٠٢٣

9th FICKER: NAIMA

260, 0° 50

Case 1 rehomed



A large, roughly circular oval drawn in blue ink, with a small blue 'X' mark at the bottom center.

Mme FIKRI NAIMA

FACTURE: 183/20
Date : 02/07/2020

| Code | Désignation | Qté | P.U. T.T.C | TOTAL T.T.C |
|--------|--------------|-----|-------------------|---------------|
| LS1061 | REDRESSE DOS | 1 | 260,00 | 260,00 |
| | | | | |
| | | | TOTAL H.T. | 216,67 |
| | | | TVA 20% | 43,33 |
| | | | TOTAL TTC | 260,00 |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT SOIXANTE DIRHAMS

Casablanca : 330, Bd oued Eddaoura
Lot Haj Fateh - El Oulfa
Tél. : 05 22 930 685
GSM : 06 00 600 231

E-mail : medior78@gmail.com

ICE : 002030595000081
RC : 409501
TVA : 36047845
IF : 26090711